TESIS DOCTORAL

PROCESO Y RESULTADOS EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

PRESENTADA por Félix García-Villanova Zurita

DIRIGIDA por el Prof. D. Alejandro Ávila Espada

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

- Al **Prof. D. Alejandro Ávila**, por el interés dedicado y la mesura en la experta dirección del presente trabajo, así como por su confianza en la consecución final de los objetivos.

- Al **Prof. D. Pedro Chacón**, por su apoyo en la tutoría.

- A **D. Francisco Montilla**, Jefe del Área Sanitaria X y Coordinador de los Servicios de Salud Mental del Distrito de Getafe, por su desinteresado apoyo al proyecto.

- A **Dª Consuelo Escudero**, Coordinadora del Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes, por su solidaridad y compromiso profesional a lo largo de todo el proyecto, al que ofreció, no sólo su experiencia terapéutica como material de esta tesis, sino también su ayuda personal en las distintas fases de la misma.

- A **D. Ignacio García-LLácer**, por su inestimable amistad y por su apoyo y orientación en la explotación informática de los datos y su presentación gráfica.

- A **Dª Alba Gasparino**, por la lectura y amable crítica de las pruebas de impresión, pero sobre todo por su respeto, constante aliento y ejemplo de tesón investigador.

- A **D. Manuel Mediavilla** por la talla de los valores personales así como a **Dña. Enriqueta Montabes** y **D. Julio Estabillo** por su amitad y comprometido apoyo.

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL 4

CAPÍTULO I 18

1.1 INTRODUCCIÓN

1.2 JUSTIFICACIÓN

1.3 ESTRUCTURA DE LA TESIS

I ANTECEDENTES 29

CAPÍTULO II

LA PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES 30

2.1 APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y TENDENCIAS DE LA PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES. . . . 31

2.1.1 APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

2.1.2 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

2.1.3 INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

2.1.4 LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS

2.1.5 LA ELECCIÓN DEL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

2.1.6 PSICOTERAPIA EN SERVICIOS PÚBLICOS

2.1.7 EL ÁMBITO PÚBLICO EN EL PANORAMA INTERNACIONAL

2.2 HISTORIA DE LA EVALUACIÓN DE PROCESOS Y RESULTADOS EN PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES 53

2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN
2.2.2 ESPECIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOTERAPIA
2.2.3 CRITERIOS DE AGRUPAMIENTO Y GRUPOS DE CONTROL
2.2.4 ESCALAS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS
2.2.5 METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN
2.2.6 OTROS ASPECTOS METODOLÓGICOS A RESALTAR

2.3 EFECTIVIDAD Y PSICOTERAPIA ANALÍTICA 71

2.3.1 LA EVALUACIÓN EN LA ORIENTACIÓN ANALÍTICA
2.3.2 CONDICIONES ESPECIALES CIRCUNDANTES

2.3.2.1 FACTORES TRANSFERENCIALES
2.3.2.2 FACTORES CONTRATRANSFERENCIALES

2.3.3 OTROS OBJETOS DE ESTUDIO
2.3.4 OTROS PROBLEMAS METODOLÓGICOS
2.3.5 OTROS PROBLEMAS METODOLÓGICOS HALLADOS EN LA LITERATURA DE EFECTIVIDAD
2.3.6 ASPECTOS INSTITUCIONALES EN LA EVALUACIÓN DE PROCESOS Y RESULTADOS
2.3.7 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

CAPÍTULO III

CONCEPTOS Y MODELOS METODOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EVALUACIÓN EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 90

3.1 EPIDEMIOLOGÍA 92

3.1.1 LA NUEVA EPIDEMIOLOGÍA
3.1.2 MÉTODOS EPIDEMOLÓGICOS
3.1.3 PROBLEMAS ACTUALES DE LA EPIDEMIOLOGÍA
3.1.4 EPIDEMIOLOGÍA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES
3.1.5 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN ESPAÑA
3.1.6 PREVALENCIA
3.1.7 COMORBILIDAD

3.2 DIAGNÓSTICO 102

3.2.1 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA
3.2.2 PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN
3.2.3 DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN TERAPÉUTICA
3.2.4 CONTINUIDAD PSICOPATOLÓGICA NIÑO-ADULTO

3.3 EVALUACIÓN Y OBJETIVIDAD 116

3.3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN
3.3.2 METODOLOGÍA ANALÍTICA Y GRANDES MUESTRAS
3.3.3 METODOLOGÍA ANALÍTICA E INSTITUCIÓN
3.3.4 METODOLOGÍA ANALÍTICA Y PROCESO EN SALUD MENTAL
3.3.5 EVALUACIÓN DE LOS SEGUIMIENTOS
3.3.6 PSICOANÁLISIS Y EVALUACIÓN METODOLÓGICA
3.3.7 EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA: PROCESO Y RESULTADOS

3.4 PRINCIPALES MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN . . . 134

3.4.1. EPISODIOS COMPARADOS
3.4.2 SERIES TEMPORALES
3.4.3 ANÁLISIS DE CONTENIDOS: EL CASO SALLY
3.4.4 ESTUDIO CONTROLADO DE RESULTADOS

3.4.5 DISEÑO EXPERIMENTAL DE CASO ÚNICO

3.5 LA TOMA DE DECISIÓN PARA LA PSICOTERAPIA . . . 150

3.5.1 EL PACIENTE
3.5.2 LOS PADRES

II ÁMBITO CLÍNICO OBJETO DE INVESTIGACIÓN . . 155

CAPÍTULO IV

LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PÚBLICO 156

4.1 LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID 157

4.1.1 OBJETIVOS SANITARIOS

4.2 EL ÁREA SANITARIA Nº 10 159

4.2.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS
4.2.2 ASPECTOS SOCIOSANITARIOS
4.2.3 EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE GETAFE
4.2.4 OTROS DISPOSITIVOS COMPLEMENTARIOS

4.3 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA . . . 165

4.3.1 PROGRAMAS TRANSVERSALES
4.3.2 PROGRAMAS LONGITUDINALES
4.3.3 DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS

4.3.4 ORGANIGRAMA DE COORDINACIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL 169

III METODOLOGÍA 170

CAPÍTULO V

MARCO METODOLÓGICO DE LOS PROCESOS DE TRATAMIENTO ESTUDIADOS 171

5.1 EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES 172

5.1.1 ACTIVIDAD ASISTENCIAL

5.1.2 COORDINACIONES

5.1.2.1 COMUNES CON OTROS PROGRAMAS

5.1.2.2 ESPECÍFICAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

5.1.3 EL PROCESO DE RECEPCIÓN DE LA DEMANDA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

5.1.3.1 EL ANÁLISIS DE LA DEMANDA

5.1.3.2 PARTICULARIDADES DE LA DEMANDA EN LA ADOLESCENCIA

5.1.4 EL MARCO ECOLÓGICO EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

5.1.5 EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

5.1.5.1 PRIMERA ENTREVISTA
5.1.5.2 SEGUNDA ENTREVISTA
5.1.5.3 TERCERA ENTREVISTA
5.1.5.4 EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA
5.1.5.5 PROCESO DIAGNÓSTICO CON HORA DE JUEGO
5.1.5.6 DEVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO
5.1.6 LA INDICACIÓN TERAPÉUTICA
5.1.6.1 ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

5.1.7 EL ENCUADRE

5.1.8 FINALIZACIÓN DEL CONTACTO Y MOTIVOS DE ALTA

5.1.9 DIAGRAMA DE PROCESO DE RECEPCIÓN Y EVALUACIÓN . . 215

5.2 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS . . 216

5.2.1 EVALUACIÓN FIN DE TRATAMIENTO

5.2.1.1 TERAPEUTA
5.2.1.2 PACIENTE
5.2.1.3 PADRES

5.2.2 EVALUACIÓN SEMESTRAL, SEGUIMIENTO AL ALTA:

5.2.2.1 SUBGRUPO DE PACIENTES EN PSICOTERAPIA
5.2.2.2 SUGRUPO DE PACIENTES SIN TRATAMIENTO

5.2.3 DIAGRAMA DE NUESTRA INVESTIGACIÓN

5.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA 228

5.3.1 ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN
5.3.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES

5.3.2.1 COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES

5.3.3 COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA DESGLOSADA POR PSICOTERAPEUTAS

5.3.3.1 PSICOTERAPEUTA A

5.3.3.2 PSICOTERAPEUTA B

IV ANÁLISIS DE DATOS: ASPECTOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS . . . 248

CAPÍTULO VI

RESULTADOS 249

6.1 RESULTADOS DE PROCESO DIAGNÓSTICO 250

6.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA DERIVACIÓN

6.1.1.1 TERAPEUTA A

6.1.1.2 TERAPEUTA B

6.1.2 LISTA DE ESPERA

6.1.3 DISTRIBUCIÓN DE LA PETICIÓN DE CONSULTA

6.1.4 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR ASISTENCIA A LAS ENTREVISTAS

6.2 RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO 262

6.2.1 ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES

6.2.2 DIAGNÓSTICO DE LA MUESTRA

6.2.3 CODIAGNÓSTICO DE LA MUESTRA
6.2.4 INDICACIONES FARMACOLÓGICAS
6.2.5 SESIONES CLÍNICAS

6.3 RESULTADOS DE PRONÓSTICO 272

6.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
6.3.2 PRONÓSTICO DEL PACIENTE Y DE LOS PADRES

6.4 HISTORIA CLÍNICA. 284

6.4.1 CONCIENCIA DE PROBLEMA: PADRES
6.4.2 INTERFERENCIA DEL PROBLEMA: PADRES
6.4.3 CONCIENCIA DE PROBLEMA: PACIENTES
6.4.4 INTERFERENCIA DEL PROBLEMA: PACIENTES
6.4.5 INICIO DE LA ENFERMEDAD MOTIVO DE CONSULTA
6.4.6 INICIO DE LA ENFERMEDAD MOTIVO DE CONSULTA
6.4.7 ACCIONES RESOLUTORIAS PREVIAS
6.4.8 TIPOS DE CONSULTAS PREVIAS Y PRESENTACIÓN DE INFORMES
6.4.9 FECHA DE LAS CONSULTAS PREVIAS

6.5 HISTORIA PEDIÁTRICA Y DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO . 293

6.5.1 ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS RELEVANTES
6.5.2 INGRESOS HOSPITALARIOS
6.5.3 PRESENCIA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO
6.5.4 ÁREAS DE TRASTORNO

6.6 RESULTADOS DE PROCESO TERAPÉUTICO 297

6.6.1 CUMPLIMIENTO DE LA ASISTENCIA A SESIÓN
6.6.2 CUMPLIMIENTO DE LA PAUTA DE MEDICACIÓN
6.6.3 CAMBIOS DE PSICOTERAPEUTA
6.6.3.1 CASO A26

6.6.4 REEVALUACIONES

6.6.5 ENCUADRES: MODALIDAD Y PERIODICIDAD

6.6.5.1 TRÍADA PADRE-MADRE-HIJO

6.6.5.1.1 CASO A19

6.6.5.2 PAREJA PARENTAL

6.6.5.2.1 CASO A17

6.6.5.3 DÍADA MADRE-HIJO

6.6.5.3.1 CASO A15

6.6.5.3.2 CASO A16

6.6.6 TRATAMIENTO INDIVIDUAL DEL PACIENTE

6.6.6.1 SEGUIMIENTO PADRE-MADRE-PACIENTE

6.6.6.2 SEGUIMIENTO MADRE-PACIENTE

6.6.6.2.1 CASO B08

6.6.6.3 SEGUIMIENTO MADRE

6.6.6.4 SIN SEGUIMIENTO

6.6.7 MODIFICACIONES INTRODUCIDAS EN EL ENCUADRE DE LOS TRATAMIENTOS

6.6.7.1 CAMBIOS DE MODALIDAD

6.6.7.2 CAMBIOS DE PERIODICIDAD

6.6.8 INFORMES EMITIDOS PARA OTROS SERVICIOS

6.6.8.1 COMISIÓN DE TUTELA

6.6.8.2 SERVICIOS EDUCATIVOS

6.6.8.3 SERVICIOS SOCIALES DE ZONA

6.6.8.4 OTROS MOTIVOS O SERVICIOS

6.6.9 TIEMPO EN TRATAMIENTO

6.6.10 ACTOS CLÍNICOS

6.6.10.1 SESIONES INDIVIDUALES
6.6.10.2 SESIONES CON PADRES
6.6.10.3 SESIONES CON PACIENTES-PADRES
6.6.10.4 SESIONES EXTRA CON PACIENTES O PADRES
6.6.10.5 SESIONES CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

6.6.11 COORDINACIONES CON OTROS EQUIPOS

6.6.11.1 ATENCIÓN PRIMARIA
6.6.11.2 SERVICIOS SOCIALES
6.6.11.3 COMISIÓN DE TUTELA
6.6.11.4 SERVICIOS EDUCATIVOS

6.6.12 MOTIVOS DE ALTA
6.6.13 DERIVACIONES

6.6.13.1 DURANTE EL TRATAMIENTO
6.6.13.2 AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO

6.7 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN AL FINAL DEL TRATAMIENTO 330

6.7.1 APRECIO DE LAS MODIFICACIONES
6.7.2 ÁMBITO DE APRECIO DE LAS MODIFICACIONES
6.7.3 FECHA DE APRECIO DE LAS MODIFICACIONES
6.7.4 MODIFICACIONES EN LAS RELACIONES
6.7.5 CAMBIOS EN LOS CENTROS DE INTERÉS
6.7.6 ÁREA ESCOLAR

6.7.6.1 MODIFICACIONES DEL RENDIMIENTO
6.7.6.2 CONOCEN EN EL COLEGIO SU TRATAMIENTO
6.7.6.3 PERCEPCIÓN EN EL CENTRO ESCOLAR

6.7.7 OTRAS MODIFICACIONES APRECIABLES
6.7.8 COLABORACIÓN EN EL TRATAMIENTO
6.7.9 EMPATÍA
6.7.10 EVALUACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL ENCUADRE DE TRATAMIENTO

6.7.10.1 REGULARIDAD DE ASISTENCIA A LA SESIÓN
6.7.10.2 PUNTUALIDAD DE ASISTENCIA A LA SESIÓN
6.7.10.3 VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL TRATAMIENTO
6.7.10.4 RESERVA DE LA INFORMACIÓN DE LA SESIÓN
6.7.10.5 HORARIO DE LA SESIÓN
6.7.10.6 TIPO DE ENCUADRE
6.7.10.7 PERIODICIDAD DE LAS SESIONES
6.7.10.8 DURACIÓN DE LA SESIÓN
6.7.10.9 VALORACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO

6.8 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO SEMESTRAL 383

6.8.1 APRECIO DE LAS MODIFICACIONES
6.8.2 ÁMBITO DEL APRECIO DE LA MODIFICACIONES
6.8.3 MODIFICACIONES DE LAS RELACIONES
6.8.4 CAMBIOS EN LOS CENTROS DE INTERÉS
6.8.5 ÁREA ESCOLAR
6.8.6 OTRAS MODIFICACIONES APRECIABLES
6.8.7 VALOR ACTUAL DADO POR EL PACIENTE A LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL TRATAMIENTO
6.8.8 VALOR ACTUAL DADO POR LOS PADRES A LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL TRATAMIENTO
6.8.9 ESTADO ACTUAL DE LA SINTOMATOLOGÍA
6.8.10 NUEVOS MIEMBROS FAMILIARES EN CONSULTA

CAPÍTULO VII 413

DISCUSIÓN DE RESULTADOS 414

7.1 EQUIPO TERAPÉUTICO 415

7.2 MÉTODO 421

7.3 TRATAMIENTO 428

CAPÍTULO VIII 441

CONCLUSIONES 442

V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 447

BIBLIOGRAFÍA GENERAL. 448

VI ANEXOS 492

PROTOCOLOS 493

A) HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS

B) EVALUACIÓN DE PROCESO

C) EVALUACIÓN FIN DE TRATAMIENTO:

C.1 TERAPEUTA
C.2 PACIENTE
C.3 PADRES

D) EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO SEMESTRAL:

D.1 TRATAMIENTO:

D.1.1 PACIENTE
D.1.2 PADRES

D.2 NO TRATAMIENTO:

D.2.1 PACIENTE
D.2.2 PADRES

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1

1.1 INTRODUCCIÓN

La Psicología Clínica de orientación analítica data de hace más de 100 años y ya desde los primeros escritos de Sigmund Freud ha adquirido distancia de su dependencia de la Medicina. En la actualidad se considera integrada por la propia Psicoterapia, el Psicodiagnóstico, la Evaluación Psicológica y la Psicopatología. Todos estos aspectos se ponen en juego en las intervenciones en Salud Mental del Niño y del Adolescente sobre las que vamos a centrar el objetivo de nuestro estudio en la presente Tesis Doctoral.

La organización institucional de la Salud Mental, centrada en un principio alrededor del manicomio, inicia una evolución importante a partir de la Segunda Guerra Mundial y en todos los países desarrollados (Huertas, 1992; Campos y Huertas, 1998). La *Community Mental Health* norteamericana, de 1963, la *Mental Act* inglesa, de 1959 y la Circular del *Ministère de la Santé Publique* francés, de 1960, muestran en el panorama internacional el giro copernicano hacia la atención del enfermo mental en la comunidad.

Hasta ese momento las prácticas estaban divididas entre la psiquiatría y el psicoanálisis, de manera que o se hacía una cosa o la otra. Así se iniciará la posibilidad de diversificar los lugares de tratamiento, acercándolos a los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana cívica. Además se inicia el

acercamiento y la participación en la estructura psiquiátrica de otros profesionales, como son los psicólogos y asistentes sociales, principalmente.

A la vez se produce una modificación del tipo de población a la que se atiende y se inicia la composición de nuevos cuadros clínicos y demandas asistenciales, que ya no pueden ser cubiertas por el hospital psiquiátrico de estructura manicomial. Se pasa a ver el servicio hospitalario como una parte del tratamiento y no el lugar donde se atiende y recluye al enfermo mental.

El punto de vista sobre la enfermedad de origen mental se modifica también incluyendo, en todos los ámbitos de la misma, los aspectos bio-psico-sociales, con posibilidad por ello de ser tratada y prevenida, uno de los pilares de la recién constituida Salud Mental Comunitaria. Además no podemos dejar de lado que la ampliación de los conocimientos de los derechos humanos y civiles que se realiza por parte de los pacientes y sus familias (Sarraceno, de Luca y Montero, 1992) y del mismo modo por parte de los trabajadores de la Salud Mental, lo que ha conllevado un aumento de las exigencias en lo que respecta a las condiciones mínimas de la asistencia y su calidad.

La reciente Constitución Española de 1978, en su artículo 49, hace mención de las prestaciones especializadas que deben de amparar a la infancia. La carta de la ONU sobre los Derechos de la Infancia, aprobada en 1989 y posteriormente en España en 1990, plantea que la atención de las necesidades psíquicas sean realizadas por profesionales cualificados (Pedreira, 1996).

En este marco el niño puede buscar un lugar y aparecer como una entidad bio-psico-socio-afectiva, más allá de los trastornos de la idiocia o del retraso mental, que le hacía candidato de una plaza de por vida en la institución

manicomial. Heredero de esta nueva evolución estructural del ser, integrado por varios apartados, se presenta también como fruto de la concepción social de la culpabilidad de los padres, que buscan lo mejor para él, en su responsabilidad para con la salud de los hijos.

La infancia puede ser considerada como una manera particular de expresar el conflicto y la desestructuración psicológica, de lo cual es capaz de participar tan bien cómo los adultos. Puede tener una manera de ser y de enfermar particular y propia y definir un campo de estudio junto con el medio que le rodea: familia, escuela, sociabilidad con iguales, etc.

En este pivotar, sujeto-medio, cada vez más los expertos en Salud Mental de Niños y Adolescentes proclaman la necesidad de disponer de servicios y programas que permitan atender las necesidades de tal tipo de población, mediante servicios y dispositivos centrados en la comunidad, insertados de manera accesible en los espacios naturales donde se desarrolla su vida diaria y la de sus grupos sociales (Burns, Thompson y Goldman, 1993; Stroul y Friedman, 1986).

La constante evolución de los trastornos mentales y su expansión, se realiza en tiempos de redefinición de los sistemas de atención y de reajuste de las economías nacionales de la Unión Europea (Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cuadernos Técnicos I, 1997). Los países de nuestro entorno cultural han conseguido una universalidad de prestaciones básicas, basados en el modelo público en Inglaterra y en el modelo liberal en Francia. Este mismo documento anima a estudiar la epidemiología, la distribución de recursos y la formación de los especialistas, para así disponer de sistemas económicos y rápidos, a la vez que eficaces, para poder intervenir con grandes sectores de población.

En la misma línea propone el informe que deben de proveerse de mejores Servicios de Salud Mental para niños y adolescentes, incluyendo el desarrollo de programas educativos y de prevención y detección temprana, ya que la futura prosperidad de una nación depende de los más jóvenes.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Desde el momento en que la psicoterapia psicoanalítica es considerada como un instrumento terapéutico más, dentro del arsenal de tratamientos que ofrecen los Servicios Públicos Sanitarios, habremos de familiarizarnos tanto con su proceso como con la evaluación del mismo y sus resultados, los cuales constituyen la garantía de la calidad y de la acreditación, homologables técnicamente a los que rigen para el resto de las actividades sanitarias (Reneses, 1997).

Por proceso entendemos aquellos aspectos técnicos que forman parte de la intervención con un paciente (Ávila y Poch, 1998) desde la entrada en contacto con el Servicio de Salud Mental y que incluye elementos de organización de Servicio y Programa, de valoración diagnóstica, de organización del abordaje terapéutico y de encuadre, hasta la finalización del contacto y de la actividad terapéutica.

Por resultados del tratamiento entendemos aquellos aspectos que para el paciente se derivan del proceso en general y de la intervención terapéutica en particular, de modo directo o indirecto, y que pueden ser apreciados de forma objetiva o subjetiva desde el inicio hasta el final del contacto terapéutico y a partir de la finalización del mismo en adelante.

Significa pues que el ejercicio de la actividad psicoterapéutica, en el espacio de la Salud Mental Pública, debe de estar sistemáticamente sometida a la observación de los órganos de gestión sanitaria, de los propios proveedores e usuarios o familiares de los mismos. Es lógico pensar que también estará preparada para aceptar que tal tipo de observación se realice desde ángulos muy distintos a los que están acostumbrados los psicoterapeutas del ámbito privado.

Si bien el debate en la actualidad no debe estar centrado en la validez comparativa de las diversos tipos de psicoterapias, en cambio sí que nuestra modesta aportación tratará de añadir un pequeño grano de arena sobre la necesaria atención a la evaluación descriptiva de los procesos y de los resultados de la actividad terapéutica enfocada psicoanalíticamente con niños y adolescentes en el marco institucional de la Salud Pública. Así mismo nuestro deseo es poder aportar otro grano de arena más a la definición de un espacio potencial, definido en términos de Winnicott (1982), entre psicoterapia psicoanalítica y metodología de evaluación, lo cual lejos de ser un reto es ya una realidad.

Es indudable que la incorporación del modelo conceptual que sustenta la psicoterapia psicoanalítica al ámbito asistencial público ha aportado una serie de aspectos genéricamente beneficiosos para el conjunto de la organización sanitaria. Uno de los ejemplos es el aporte a la mejora de las dinámicas del trabajo en equipo y los procesos institucionales, así como a la comprensión de lo procesos de enfermar y de la relación de los terapeutas con los pacientes.

En las últimas décadas hemos asistido a un incremento de los cuidados en Salud Mental desde la perspectiva comunitaria. Así los programas de atención

también se han multiplicado desde varias metodologías y técnicas. Los servicios comunitarios se han puesto en funcionamiento para proveer de tratamiento y de apoyo social a pacientes de características muy variadas, tanto psiquiátricas como psicológicas.

Resulta sorprendente que tras esta panorámica, exponente de la situación actual de la Salud Mental, el alto nivel conseguido en el desarrollo de programas y servicios en la Comunidad de Madrid y, de igual manera, lo avanzado de la aplicación y uso de las técnicas psicoterapéuticas de orientación analítica, no haya hasta ahora ningún estudio controlado que articule ambos aspectos en el campo de la infancia y adolescencia.

Por ello hemos puesto en marcha el presente estudio, que vendría a aportar una sistemática de información, documentada, ausente en el campo hasta la fecha, lo que creemos que representa una tarea y un deber profesional que se impone día a día en su necesidad.

Nuestra finalidad requiere un método exploratorio que de cuenta de la práctica que se da en un ámbito de intervención determinado, desde la vertiente clínica. Al ver restringido nuestro acercamiento investigador por las propias normas de la práctica asistencial, se ha decidido trabajar con una metodología descriptivo-categorial, frente a la descriptivo-naturalista o a la explicativa (Ávila Espada y Poch, 1998), que utiliza protocolos de observación construidos *ad hoc*, con un sistema categorial consensuado que nos ayuda a contrastar ciertas preguntas de interés que redundan en el conocimiento y la mejora de la práctica clínica.

La presente investigación se enmarca dentro de la línea de estudio descriptivo-categorial del proceso de la psicoterapia psicoanalítica que

promueve la Unidad de Investigación en Psicología Clínica y Psicoterapia de la Universidad de Salamanca, bajo la orientación de su director, el profesor Alejandro Ávila Espada.

1.3 ESTRUCTURA DE LA TESIS

Para alcanzar los objetivos de nuestra investigación descriptivo-categorial sobre el proceso y los resultados de la psicoterapia de orientación analítica con niños y adolescentes, iniciamos la presente Tesis Doctoral con una revisión de la historia y las tendencias de la psicoterapia, de los orígenes de la teoría y de la técnica, así como del concepto de psicoterapia con niños y adolescentes y del estado actual de la investigación en este terreno.

Dado que el marco en que se realiza la experiencia es el de los Servicios Públicos de Salud, se continúa con la exposición del panorama en el que se encuentra la psicoterapia en tales servicios, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Una vez asentados los criterios de definición del campo, pasamos a revisar la historia de la evaluación de procesos y resultados en psicoterapia de niños y adolescentes, sus criterios de inclusión y de exclusión, criterios de agrupamiento y de evaluación de resultados.

Revisamos la metodología de evaluación valorando la relación entre efectividad y evaluación, en la psicoterapia orientación analítica, con sus condiciones especiales circundantes, como son los factores transferenciales y los contratransferenciales.

Entre otros problemas metodológicos hallados en la literatura de efectividad, a los que hacemos referencia, destacamos los aspectos institucionales que intervienen en la evaluación de procesos y resultados, e incluimos un espacio de interés al valorar la satisfacción del usuario desde la perspectiva de padres e hijos en nuestro caso.

A continuación centramos el interés en el desarrollo alcanzado por los conceptos y los modelos metodológicos en la investigación sobre evaluación en la intervención clínica en la infancia y la adolescencia:

a) En primer lugar se sitúa el diagnóstico, apoyado en los estudios de epidemiología de nuestra población y la particular prevalencia de trastornos mentales.

b) En segundo lugar se estudian las implicaciones entre diagnóstico y comorbilidad, los estudios de campo a gran escala y los métodos de evaluación diagnóstica.

c) En tercer lugar se encuentra la toma de decisión para la psicoterapia, por parte del paciente y de los padres.

d) En cuarto lugar la relación entre el psicoanálisis y la evaluación metodológica, con referencia a los principales métodos de investigación: episodios comparados, series temporales, análisis de contenidos, estudio controlado de resultados y diseño experimental de caso único.

Con esta panorámica general continuamos con la presentación del ámbito clínico donde se realiza la investigación y que es también parte de la misma. Se presenta un análisis de la salud mental en el ámbito público en la

Comunidad Autónoma de Madrid, centrándonos en el Área Sanitaria Nº 10, Distrito de Getafe, presentando la organización del dispositivo clínico y los programas de atención que se desarrollan.

Procedemos a continuación con el análisis del Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes, en sus procesos de Recepción, Análisis de la demanda, Evaluación, Devolución, Orientación terapéutica y Altas.

Proseguimos detallando el resto de la metodología de nuestro estudio desarrollando el proceso de tratamiento y la evaluación de los resultados al finalizar el mismo y en sus diversos apartados: terapeuta, paciente y padres.

Más adelante detallamos, del mismo modo, la evaluación del seguimiento semestral, para sus dos modalidades: pacientes con tratamiento y pacientes sin tratamiento.

Tras la exposición de los planteamientos del estudio y las preguntas que se investigan, se describe la muestra y se presentan detalladamente los resultados, valorando los aspectos cualitativos y cuantitativos de los mismos.

Los resultados se estudian por apartados metodológicos. Así se detallan los correspondientes al proceso diagnóstico, con atención al pronóstico y a la historia clínica. De mismo modo se hace con los relativos al proceso terapéutico, a la evaluación del fin de tratamiento, con sus modalidades de terapeuta, padres y paciente. Los relativos a la evaluación del seguimiento semestral, con sus modalidades de padres y paciente. Cuando procede se utilizan pruebas estadísticas de significación de las diferencias (observadas versus esperadas.

Finalmente se procede a la discusión de resultados, con sus apartados, que se han agrupado en: equipo terapéutico, método y tratamiento, para dar mayor coherencia a la exposición.

Para terminar se exponen las conclusiones que se desprenden de todo el estudio y se presenta la bibliografía comentada que sirve de soporte a todo el trabajo.

Un apartado de anexos complementa el trabajo con la inclusión de los protocolos que se han elaborado y aplicado, para la recogida de la información de cada uno de los apartados y fases de la observación:

I - Historia clínica y anamnesis.
II - Evaluación descriptivo-categorial de proceso.
III - Evaluación fin de tratamiento:
  IIIa - Terapeuta
  IIIb - Paciente
  IIIc - Padres
IV - Evaluación del seguimiento semestral tratamiento:
  IVa - Paciente
  IVb - Padres
V - Evaluación del seguimiento semestral no tratamiento:
  Va - Paciente
  Vb - Padres

I ANTECEDENTES

CAPÍTULO II

LA PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

I ANTECEDENTES

CAPÍTULO II

LA PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

2.1 APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y TENDENCIAS DE LA PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

En los albores del siglo XX S. Freud (1905) sienta las bases para el inicio del acercamiento a la psicología infantil, con sus trabajos sobre sexualidad infantil. En aquellos inicios aporta algunos breves elementos, a modo de gijarros, a los pilares de las psicoterapia de niños, con la interesante y personal, descripción del abordaje técnico que hace del trastorno fóbico que presenta el pequeño Hans (1909), hijo, a su vez, de un paciente suyo en tratamiento esos momentos. La intención de Freud era probar la validez de su teoría, recontruida a partir del análisis de adultos (Anthony, 1986), por lo que no fue consciente de abrir un campo nuevo, más bien su conclusión fue que no había nada nuevo.

Su incursión, que siempre pensó que no se podría haber llevado a cabo sin el conocimiento de la intimidad del niño y desde la perspectiva científica, hoy en día se vuelve del revés y se reconoce que a pesar de las condiciones de tratamiento que tuvo,

el niño respondió terapéuticamente, con lo que quedó demostrado que incluso los más jóvenes pueden ser analizados.

En 1924 se vinculó al *Psychiatric Institute in Viena* la *Child Guidance Clinic Psychoanalytically Oriented.*, en Austria Tratamiento y enseñanza fueron de la mano. Con posterioridad Anna Freud y Melanie Klein, en el Congreso de Berlín de 1927 (Donaldson, 1996 y Viner, 1996), impulsan definitivamente esta rama de la psicología, mediante su eterna disputa sobre la concepción de la infancia y su enfermar, que tan arduamente continúan aún sosteniendo sus seguidores. Un importante precursor de ambas se puede situar en los avances en el abordaje de la psicoterapia con niños iniciados por Hermine Hug-Hellmuth (Maclean y Rappen, 1991), presentados en su libro *The Technique of Child Analysis* en 1920. Hug-Hellmuth de entrada consideraba que la intervención con niños era normativa y educativa, lo que impedía el uso de la metodología que se aplicaba a los adultos, no entrando en niveles demasiado profundos.

El trágico final a manos de su sobrino y analizando en 1924 contribuyó al silenciamiento de esta autora que tuvo en tratamiento a Ernst, uno de los nietos de Freud, lo que sirve de botón de muestra de los apoyos con los que debió contar.

Tanto A. Freud como M. Klein estuvieron presentes en el Congreso de Psicoanálisis de La Haya, en 1920, donde la referida psicoanalista expuso su trabajo, aunque el primer encuentro profesional de ambas fue el que se realizó en Berlín en diciembre de 1924 cuando Klein fue invitada a presentar su trabajo en la Sociedad Psicoanalítica de Viena.

Anna Freud (1971), educada en Viena bajo la dirección personal de su padre Sigmund Freud, ha centrado su aportación fundamentalmente sobre los términos de un debate teórico. Uno de cuyos puntos más sobresalientes es el que se encuentra relacionado con el estudio del cambio en el psicoanálisis de niños, en particular durante el periodo

de la latencia. Sitúa su punto de vista más central en valorar la función de los estímulos que favorecen el desarrollo psíquico del niño.

Postula que el Superyó del niño es debil e inmaduro y al propio niño lo concibe excesivamente dependiente de sus padres o cuidadores como para tolerar un análisis de las relaciones con sus padres. Así pues ve el tratamiento del niño alentando el refuerzo del Superyó más que reduciendo su fuerza. Rechaza Anna Freud el concepto de la transferencia para los niños, tan dependientes de sus objetos primarios, e igualmente muestra muchas reservas con respecto a la perspectiva de interpretación sexual de la mayoría de los juegos infantiles, que se desarrollan libremente en la sesión terapéutica, en oposición al planteamiento kleiniano.

En el modelo que postula propone que el terapeuta llegue a ser parte del Superyó del niño y que atraiga al niño hacia el análisis. Dado que sus aportaciones técnicas requieren gran participación y apoyo activo por parte de los padres, y también el desarrollo de una positiva relación con el niño, ve necesario recomendar que se limiten los tratamientos psicoanalíticos a los hijos de los analistas o a los hijos de aquellas personas que están en análisis.

Por su parte Melanie Klein (1923), educada en Berlín y Budapest con gran influencia de las ideas de Sandor Ferenczi y Karl Abraham, sitúa su aportación fundamentalmente en el plano de la adaptación de la técnica psicoanalítica freudiana con adultos al campo infantil, con minimas variaciones. Revalorizando el juego como conductor de la asociación libre del niño y desarrollando el concepto de desarrollo infantil temprano, como un sostén básico en su teoría de la psicología del niño. Para ella el objetivo de la educación está totalmente alejado del verdadero análisis.

Postula que en la base de la neurosis infantil se encuentra la presencia de un Superyó fuerte y severo. El control de la naturaleza punitiva de este Superyó es el motor de la terapia en el niño y la gran fuerza que posee en la mente del niño le posibilita llevar a

cabo un análisis completo y profundo al estilo adulto. Así pues ve el análisis del niño como una traslación directa de la técnica clásica de los adultos, implicando el desarrollo de la neurosis trasferencial en la relación entre el especialista y el paciente y exigiendo del análisis las mismas técnicas y prácticas disciplinares que se llevan a cabo en el tratamiento de los adultos.

En el modelo que propone e impulsa la interpretación se realiza sobre los materiales que se ofrecen en el juego, que se despliega libremente durante las sesiones, lo que es automáticamente substituido por el concepto de la asociación libre en la técnica con adultos. Las relaciones con los padres se someten a una exploración exaustuiva. Como consecuencia Klein rechaza cualquier normativa, establecida de antemano, durante el tratamiento del niño ni en el papel del terapeuta ni en el de los padres.

Igualmente destaca como significante el debate continuado entre las diversas corrientes psicoanalíticas, a la que se añade la de los seguidores de Lacan, en torno a la propia consideración de la infancia y, por tanto, de sus posibilidades de trabajo analítico (Dolto, 1984, 1990; Aberastury, 1978; Mannoni, 1979).

2.1.1 APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE PSICOTERAPIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El concepto de psicoterapia es difícil definirlo con precisión, máxime si tratamos de incluir todas las corrientes y metodologías que tratan el tema. Kazdin (1990) refiere que, en el término de psicoterapia, se incluyen aquellas intervenciones que disminuyen el malestar, los síntomas psicológicos y las conductas desadaptativas o las que se producen para mejorar la adaptación y el funcionamiento social, mediante el uso de una relación interpersonal, el asesoramiento o las actividades que siguen un plan específico.

Esta definición, de fácil comprensión, pero de discutible afinamiento en la expresión del concepto, tropieza con mayores dificultades cuando trata de plantearse el corte de edad del niño o del adolescente. En el caso de un adulto, el modelo típico de tratamiento implica la interacción de una persona, paciente o cliente, que busca ayuda para un problema determinado y otra persona, el terapeuta, que provee de las condiciones que amínoran el malestar de la primera persona.

Un tratamiento psicoterapéutico siempre se dirige hacia cómo piensa (la cognición), siente (el afecto) y actúa (la conducta) el paciente. No abarca, a nuestro entender, en lo absoluto, exclusivamente los aspectos vinculados con lo biomédico, aunque los psicofármacos u otras indicaciones químicas, pudieran tomar parte del proceso de curación.

En opinión de McDermott (1984) la psicoterapia con niños y adoelcentes viene definida por cualquier actividad, acontecimiento, método, técnica o circunstancia que mejora la capacidad de uno de crecer, madurar y desarrollarse, expandiendo la existencia potencial del sujeto, siendo la actividad más importante del Psicólogo clínico: "Muchos la hacen, algunos la enseñan y nadie la define exitosamente".

Para McDermott y Char (1984) la psicoterapia tiene varios apartados en su proceso, se inicia con el establecimiento de la relación de trabajo, se continúa por el análisis del problema, se sigue con la fase de explicación del mismo, se establece la formula de cambio para la resolución y finalmente se procede a la terminación exitosa de la terapia, la cual está también dividida en las fases de negación, rabia, regateo, tristeza y aceptación (Sloves y Peterlin, 1986). Todos los aspectos de proceso señalados son de consenso por gran cantidad de autores, con pequeñas diferencias, pero su estudio es descriptivo y no resulta ser de gran aporte.

Por su parte Weisz, Weiss, Alike y Klotz (1987) plantean su definición de psicoterapia, circunscrita por los mismos términos que Kazdin, excluyendo los tratamientos que suponen pedagogía, fármacos, acciones de tipo tutelar y el resto de actividades aisladas que se suelen hacer habitualmente, aunque las mismas estén encaminadas a *mejorar los problemas de los menores en situación de riesgo.*

Dado el hecho de que algunas escuelas teóricas toman en consideración que, a veces, los terapeutas menos entrenados consiguen también buenas intervenciones y que los padres, profesores o hermanos son aceptados como agentes de cambio, los autores antes citados, se han planteado incluir, en los estudios de evaluación de la efectividad de la psicoterapia, la influencia que pueden llegar a tener en los resultados de un tratamiento el nivel de entrenamiento que poseen los terapeutas, codificado, en general, *en años de experiencia, horas de supervisión y perfil formativo.*

En consecuencia, con las definiciones mencionadas, la noción de efectividad es también ambigua y, a veces, dispersa. El efecto de un tratamiento puede ser medido de diferentes formas, que van de la reducción de síntomas, al progreso en la adaptación al hogar, a la mejora cualitativa de la vida social, a la mejora en el sentimiento de felicidad y en el aspecto físico. Dicho efecto puede ser evaluado por los parientes, los padres o los amigos.

Es evidente que la mejora en un área de las nombradas no significa que se produzca una mejora en las demás. La cantidad de cambio es otro de los temas de difícil definición. Por tanto es conveniente centrarse en los procesos terapéuticos, la metodología utilizada y los resultados obtenidos.

2.1.2 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Algunos de los aspectos referidos pueden ser aplicados a los niños y a los adolescentes, con la salvedad de que los niños no buscan tratamiento para ellos mismos, sino que siempre hay otra persona que lo hace por ellos: padres, profesores, compañeros, etc. Por lo tanto es otra persona adulta, más allá del propio terapeuta, la que ocupa un lugar central en la administración de las intervenciones curativas con la infancia y la adolescencia, por lo que el modelo de terapia y, así mismo el cómo y el a quién se le aplica, varía ampliamente en este caso.

No obstante, también para ellos la terapia está pensada para mejorar el funcionamiento y la adaptación y para reducir las conductas desadaptativas y un sin número de quejas psicológicas o físicas. Todas estas definiciones se apoyan en el aprendizaje, la persuasión, el diálogo y otros procesos similares.

La psicoterapia individual de niños y de adolescentes se refiere a la relación terapéutica individual entre un especialista y un sujeto menor de edad, usando como medio la palabra o el juego (Barrnett, Docherty y Frommelt, 1991). La importancia del juego es tal que ha llevado a la *Comission for Psichotherapies* de la APA norteamericana (1982) a dividir los tipos de psicoterapias en dos grandes bloques, las verbales y las de juego.

La propia concepción de la psicoterapia de niños y adolescentes no tiene una definición clara, oscilando desde aquellos que laxamente piensan que vale cualquier interacción cara a cara, hasta aquellos otros que proponen una definición de método y procedimientos, tan restrictivos y normativos que llegan, en algunos casos, a cuestionar la propia validez de los resultados. Cualesquiera que sean estos, son considerados siempre parciales, poco ajustados o imprecisos.

Otra postura es la que plantea directamente la imposibilidad del uso del término psicoterapia en este corte etario (Diatkine, 1982), por considerar que el deseo de cambio no aparece hasta la latencia. Igualmente algunos se cuestionan la posibilidad del *insight* o de la elaboración interpretativa.

Tomemos en cuenta pues las enormes diferencias estructurales que hay entre la población de adultos y la de niños, latentes y adolescentes, las cuales se muestran cualitativamente en los abordajes terapéuticos posibles a llevar a cabo, que varían por fuerza, en un número importante de dimensiones. Cualquiera de las generalizaciones que se hacen, a través del uso de la sencilla referencia a los avatares del desarrollo psíquico, no es suficiente para abarcar el hiato (Dolto, 1986; Gould, Shaffer y Kaplan, 1985).

Se requiere más bien desarrollar técnicas eficaces que permitan ahorrar esfuerzos al especialista y facilitar el acceso al inconsciente del niño (Freud, 1909, 1910, 1914; Klein, 1921, 1923, 1933; Lacan, 193; Dolto, 1971; Freud, 1971). Las técnicas a las que hago referencia implican una concepción de la infancia que incluye no sólo el juego, sino también el lugar de los padres, tanto en el desarrollo de la estructura psíquica del niño, como en el papel que tienen estos a lo largo del tratamiento y su manejo por medio de los recursos técnicos.

Tan sólo preguntarnos por quién retira a un niño de un tratamiento es suficiente para reconocer, sin sorpresas, que son los padres los que interfieren drásticamente, abandonando el lugar de tercero en la relación terapéutica, toda vez que ya han dado consentimiento para el inicio del tratamiento. Contundente intromisión que contrasta altamente con lo que no ocurre en los tratamientos de adultos. Por tanto, es posible que sea preciso cuestionar todos los parámetros de uso, para evitar asimilaciones entre el campo de los adultos y el de los niños y adolescentes, por una posible falta de especificidad del lenguaje.

Es cierto que la mayoría de las psicoterapias que están al alcance de la infancia derivan su actividad, posiblemente, del dominio técnico que se desprende del avance en los conocimientos del desarrollo psicológico del niño y del adolescente. Esto se lleva a cabo, principalmente, en el espacio de los psicoanálisis infantiles.

Crear de ello una sumisión tan grande con respecto a todas las aplicabilidades y desarrollos posteriores es ya un salto cualitativo hacia la estratificación. Lo cual parecería que en realidad va encaminado, exclusivamente, a permitir el sustentamiento del poder de los más antiguos; por ejemplo el poder de los supervisores, de los que más años llevan, de los que más casos clínicos han visto o de aquellos otros que dicen cómo tienen que ser las cosas, para estar ellos mismos en la cúspide del poder, lo que ya suena demasiado adultomorfista en su presentación.

El gran debate ciertamente es el derivado de la acreditación de la psicoterapia de niños como un proyecto por sí mismo y no dependiente, aunque sí sea confluente, con aquel del psicoanálisis. En la meta última quizá coincidamos con las palabras de Anna Freud (1965) cuando dice que el objetivo del psicoanálisis de niños es la vuelta del paciente perturbado al camino del normal desarrollo infantil.

Si dificil es abordar el tema de la psicoterapia ¿Cuales son los parámetros que definen la psicoterapia de apoyo en niños y adolescentes?, ¿Como diferenciarla de la psicoterapia breve o de la psicoterapia formal que se puede ofertar en un servicio público?. Bonaminio y Carratelli (1988) señalan a la psicoterapia breve en el contexto público como una técnica condicionada en su intensidad, de forma que hay tratamientos de periodicidad semanal o mensual que se pueden llamar psicoterapias, pero que actuan disminuyendo la ansiedad, mejorando los síntomas pero no la estructura del sujeto.

En el contexto de la práctica pública también Holmes (1995) plantea en su trabajo sobre la psicoterapia de apoyo un repertorio de teorías que han aportado algo a la

terapia de apoyo, la cual es considerada por él como un cúmulo de temas de otras terapias, aunque para Robertson y Tyrer (1995) no es tan fácil de definir, Sloves y Peterlin hacen lo mismo desde las psicoterapias de tiempo limitado, las cuales proponen la fecha de terminación desde el inicio del tratamiento, se entiende que se convierta de inmediato la fecha tope en un tema privilegiado para trabajar todo el repertorio de afectos de pérdida y en eso reside su fuerza.

El apoyo viene dado por los aspectos implícitos del encuadre como son la regularidad, fiabilidad, la atención que el terapeuta presta al paciente y la alianza de trabajo. La interpretación y la dirección conductual juegan posiciones menos importantes que en las otras técnicas.

Es una técnica contenedora, activa, positiva, reforzadora, positiva y activa con las defensas, manejable, paradojal y reestructurante, con algunas consideraciones hacia la trasferencia y la contratransferencia.

El perfil diagnóstico de los pacientes susceptibles de ser candidatos a la psicoterapia de apoyo se corresponde con múltiples ingresos psiquiátricos o generales, abundantes prescripciones psicotrópicas, haber sido tratado en múltiples servicios ambulatorios y ser una carga para los profesionales, familiares y amigos. En línea general coincide con el criterio de ser un trastorno de personalidad borderline, dependencia a veces de corte destructivo, riesgo de suicidio, rechazo de los terapeutas, dificultades en la expresión verbal o metafórica, etc.

Estos aspectos son poco definibles en la infancia, pero se puede hacer a veces una aproximación, no tanto en la en cuanto al desarrollo de la historia de paciente, puesto que los adolescentes no tienen tanta vida recorrida, sino quizás en cuanto a los aspectos más psicológicos o psicométricos y a los del trastorno de conducta asociado a algunas patologías graves.

2.1.3 INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

La investigación en psicoterapia de niños y adolescentes ha estado siempre bastante retrasada con respecto al trabajo paralelo hecho con adultos. Ni los psicoterapeutas de niños, ni los programas de atención pública, ni tampoco los organismos, ni las asociaciones más representativas del campo de la investigación, públicos y privados, se han destacado por su entusiasmo a la hora de promocionar proyectos de investigación en este campo (García-Villanova, 1998).

Es evidente que hacen falta en nuestro país estudios empíricos que permitan demostrar el grado de eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas de orientación dinámica en servicios públicos. Se brindaría así la posibilidad de mostrar, de manera objetiva, la tan zarandeada extrema calidad de sus programas, evidenciando sus resultados y, como consecuencia, pudiéndose establecer toda una serie de marcadores, que proporcionen la seguridad de una buena selección de los pacientes idóneos para beneficiarse de una terapia de este tipo. Todo ello creemos que merece la consideración de suficiente objetivo.

En este terreno es beneficioso establecer la importancia dada la posición de la psicoterapia de orientación dinámica frente a otras psicoterapias y, lo que es aún más relevante, frente al propio psicoanálisis de niños, con el que lucha contra el tópico de ser la hermana pobre. No debemos olvidar, para nuestro consuelo, que la cenicienta llegó a ser la auténtica triunfadora de uno de los cuentos más sensibles para reflejar la impotencia inherente al mundo infantil.

En los últimos años se ha visto crecer el interés gereral en los tratamientos psicológicos con la aparición de una gran cantidad de procedimientos terapéuticos de todos conocidos, a pesar de las duras críticas que recibe el psicoanálisis y el trabajo de Freud. Quizás relacionado con ello es por lo que hay tan poca simpatía por el

tratamiento psicoanalítico y concretamente el de niños (Target y Fonagy, 1997), a pesar de que ellos no van solos a por el tratamiento y a pesar de que también se espera de ellos que mejoren sin tratamiento, lo cual es desgraciadamente incierto.

En estos momentos el gran cambio socioeconómico en la sociedad internacional de los países desarrollados hace que la comunidad científica, fuera y, sorprendentemente también, dentro del psicoanálisis, preste mayor atención a principios tan importantes como los de coste-eficiencia, lo que hace breve tiempo sería impensable. Esta nueva perspectiva de los gobiernos y las administraciones estimula la generación de experiencias de investigación que evalúen con mayor precisión la eficacia de la psicoterapia con niños. Por lo tanto se encuentra con ventaja frente al psicoanálisis y a la cura tipo, al haberse situado más cerca de la realidad de los objetivos económicos que sostienen los programas de intervención pública y casi la totalidad de los privados, a tenor de los tiempos que corren.

El mantenimiento de una postura contraria a la valoración positiva de las cualidades de la psicoterapia psicoanalítica, puede suponer un claro estrangulamiento para este tipo de terapias, por minusvaloración y descalificación de lo que es, en nuestra opinión consideramos, una de las armas más positivas que ha producido el psicoanálisis.

La psicoterapia psicoanalítica es mucho más flexible y adaptable a los planteamientos de un equipo interdisciplinar, así como a la variación plástica de los abordajes de los profesionales del propio campo y, por supuesto, está más cercana a la los requisitos mínimos requeridos por los estándares de satisfacción del consumidor, de brevedad, *eficacia, comprensión, etc.*

De la misma manera parece eficaz a la consecución de objetivos de tratamiento de un psiquismo en formación que terapias de orientación analítica más intensivas, lo que significa abordar estructuras psíquicas diferentes según se avanza en periodos de tiempo breve, comparativamente hablando con los planteamiantos de adultos.

Quizás es probable que este escalafón existente, que proporciona una imagen tan negativa a la psicoterapia, como una segunda clase, se deba a la manera en que la propia teoría del psicoanálisis se trasmite: en pequeñas escuelas o capillas, de tinte sectario en su funcionamiento y muchas de ellas engarzadas jerarquicamente en una institución. La creación de tales escuelas capitulares, con las sangrientas luchas palaciegas que se desarrollan en el interior de las mismas, produce el inherente y consecuente funcionamiento sectario, fraccionándose en minúsculas partículas, casi celulares, enfrentadas entre sí, para mayor beneficio de los jerarcas reconocidos.

A cambio, y para mantener en la cúspide a la cura tipo, se puede o se debe de restar cierta categoría a la psicoterapia, bajo el lema de ser incompleta. El valor que se le otorga por lo efectiva que resulta entra en oposición con lo que se presenta completo y total, el psicoanálisis, cuyos efectos no se consiguen tan fácilmente y que, además, es más lento y tardío en el proceso de la formación. Se estudia y se vivencia una cosa que se presenta como lo único bueno y se trabaja luego otra. Entre aprender psicoanálisis y el ejercicio de la psicoterapia hay ciertas diferencias y también en la actualidad ciertos criterios mínimos de selección de carreras idóneas. La psicoterapia psicoanalítica cada día más parece tener, así mismo, sus propios caminos, objetivos y técnicas.

Los tratamientos líderes en psicoanálisis han pasado a ser de cuatro sesiones semanales en fechas recientes, poco tiempo antes eran de tres en nuestro país y de cinco en otros, lo cual significa un cambio de estrategia en una institución psicoanalítica determinada. No por fuerza está apoyado semejante cambio en un tratado de efectividad, porque tal no existe de momento sino apoyado en creencias. Qué eran los análisis anteriores al cambio, ¿Psicoterapias?. A este reciente debate y modificación, dado en España recientemente, ha colaborado y no poco precisamente, la fuerza tomada por la psicoterapia psicoanalítica en toda Europa.

Probablemente tiene su peso también la confusión inevitable que significa ser paciente, en el largo periodo de formación como psicoanalista. Se debe valorar esta experiencia

como un aprendizaje y como un pilar fundamental de la posterior posición de psicoanalista, para luego ejercer de psicoanalista de pacientes que pudieran requerir menos sesiones aplicando tratamientos de frecuencia diferente. Se presenta a los iniciáticos un modelo, de sugerente doble moral, difícil de seguir en la práctica.

Parecería que el psicoanálisis aun no se ha desarrollado lo suficiente para poder diferenciar entre las características del proceso de formación y el papel de la frecuencia de sesiones de un psicoanálisis como tratamiento en personas, incluidos los mismos que están en formación, que pueden tener diferentes grados de afectación y de formas de resolución de los conflictos. Este tema se quiere presentar siempre como cuestionamiento de la cura tipo y, por tanto, como antifreudiano.

Frente a ello la cura tipo, más bien, es algo que debe de ser estratificada, lo cual facilitaría el diseño de investigaciones sobre la propia técnica del psicoanálisis. Se beneficiaría además de la posibilidad de diferenciar mejor la cura tipo que se podría aplicar a cada sujeto concreto, según sus necesidades y características, no tratando a todos los pacientes como sujetos clónicos, lo que dicho de otro modo sería que no todos necesitamos el mismo tipo de piso o de coche, en toda ocasión o lugar.

2.1.4 LA FORMACIÓN DE TERAPEUTAS

El psicoanálisis requiere una gran experiencia, un dilatado entrenamiento vigilado mediante un alto cómputo de horas e informes de supervisión y, como no, ciertas características personales. Sin todo ello no se puede considerar a un candidato como experto en la aplicación del método. A esta duro camino hay que añadir, como mínimo, cuatro años de formación teórica y varios más de entrenamiento práctico, para llegar a ser psicoanalista de niños.

La consecuencia inmediata de tan arduo proceso, vaya sólo a título de ejemplo, es que la *International Association of Child Psychoanalysis* tiene solamente alrededor de quinientos miembros definitivamente cualificados, entre los que la disponibilidad de tiempo para la investigación empírica es muy reducida, lo que incide aun más sobre los argumentos anteriores.

Entre otras estrategias seguidas por las instituciones psicoanalíticas se encuentran las de enlentecimiento en la aceptación de candidatos (Kernberg, 1996). Las basadas en una sustanciosa reducción de la información que se les proporciona a los mismos. El refuerzo de la segregación, según los candidatos muestran la más mínima conciencia de crítica. El sutil seccionamiento de los contactos entre miembros de diferentes niveles institucionales, de manera que no se tenga la ocasión de contrastar opiniones unos con otros, para no ppoder comprobar qué conocimiento teórico tienen los grupos de niveles de acreditación superiores.

La estrechez de acceso a las altas cualificaciones nominales, provocada por los cauces descritos apoya el engrosamiento del estatus de "relativamente inexpertos", donde se amalgaman los otros terapeutas que no han cumplido su período de formación definitivamente. En manos de ellos están gran cantidad de importantísimos estudios de investigación de los que intentan definir a la psicoterapia psicoanalítica como una práctica de segundo grado, los cuales están realizados por los denominados relativamente inexpertos. Con facilidad serán descalificados sus resultados, ya que no son llevados por el experto control de los didactas más vetustos.

Lo más grave de este nefasto sistema es que parece implícitamente pactado, así mismo, el hecho de que todos los materiales aportados por los profesionales en casi eterna formación básica, susceptibles de ser aplicados en estudios de tales características y envergadura, son considerados de poco valor. Será terriblemente cuestionada la valía de los resultados de forma inmediata y tajante, con lo que los posibles logros son automáticamente destruidos, por considerarlos no generalizables o

de poca fuerza, al no contar con el apoyo directo de lo oficial, con lo que el estrangulamiento referido más arriba se perpetúa.

Tratando de sostener una mirada positiva en este masivo cúmulo de castración educativa, pensamos que el citado trabajo de Kernberg podría abrir una cierta corriente de opinión, que proporcione una bocanada de aire fresco dentro de las instituciones psicoanalíticas. No obstante nos sigue quedando el temor de que tales bocanadas sean tachadas de corrientes de aire y sean selladas, por el temor a que los más doctos, siempre los dinosaurios de mayor edad, perezcan de un simple catarro. Dichas instituciones psicoanalíticas tampoco han dado ejemplo de ser muy rápidas en sus reformas.

2.1.5 LA ELECCIÓN DEL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Otro aspecto destacado, de suficiente importancia como para explicar la gran escasez de investigaciones a las que nos estamos refiriendo, es el desprecio de los técnicos, en especial los de orientación dinámica, sobre los datos que se podrían obtener por procedimientos de análisis cuantitativos e incluso cualitativos. Dado este fenómeno en el marco de una creencia muy arraigada, casi mítica, de la simplicidad de los posibles estudios resultantes, al compararlos con la complejidad que perciben en sus parámetros teóricos, aprendidos arduamente a través de los psicoanálisis didácticos personales y de la experiencia clínica (Boston, 1989).

A menudo se confunde la idea de investigación con la idea de investigación empírica o con la de investigación experimental (Tizón, 1996), a pesar de que lo experimental es sólo uno de los métodos científicos de validación de hipótesis. Hay muchos más, como el estadístico correlacional, el observacional, el simulativo. Sin olvidar que la investigación clínica de orientación dinámica se ve, además, apoyada por los diseños

cuasi-experimentales de caso único y en la reciente difusión de los métodos de observación naturalista de campo, no participante.

Es probable sin embargo, que las asociaciones científicas y las de profesionales, sean las más reticentes a estos avances, al poder sentirse cuestionadas por la observación sobre sus procesos y por el contraste que hacen los otros que observan. A veces tienen la impresión de perder control sobre sus asociados y sobre los programas de formación que llevan adelante.

Semejante estatus de pobreza se ve reflejado claramente en la escasez de investigaciones controladas que sabemos encontrar en marcha y en la lentitud con que se proyectan diseños nuevos, a pesar de que las administraciones sanitarias y la sociedad en general exigen muestras de resultados de este tipo de investigaciones.

Fonagy y Moran (1990) sitúan el punto de inflexión de lo que califican como tendencia natural de alejamiento de los psicoanalistas sobre la investigación en psicoterapia psicoanalítica, en la necesidad de generar dos áreas: la de los desarrollos metodológicos, que prefieren se haga en formato de libro manual, sobre la intervención psicoterapéutica con niños y la del desarrollo de instrumentos ajustados de medición. Todo ello permitiría apreciar los cambios en las capacidades psicológicas de los pacientes, derivados como consecuencia de los cambios producidos del tratamiento psicoterapéutico. Lógicamente complementaria con este nivel sería la sugerencia de creación de tablas del desarrollo psicológico infantil, que expusieran fácilmente las necesidades apropiadas a la infancia y la adolescencia, por edades, en los dos puntos anteriores.

No debemos de olvidar añadir que en muchos de los estudios de casos se aprecia un desigual rigor metodológico desde un comienzo histórico. La propia historia clínica del Caso Juanito (Freud, 1909), que fue realizado a través de las informaciones dadas por el padre, uno de los pacientes de Freud en aquel momento. Entonces la atención del

autor estaba centrada en los estudios de los cuadros clínicos que pudo en aquel momento determinar y por supuesto en su afinidad personal hacia los adultos. Sería difícil concebir a un adulto varón, judío de religión y cultura, agazapado sobre la alfombra de un, relativamente, lujoso despacho de Viena o Londres tratando de comunicarse con un niño, cuando la crianza y el mundo infantil estaban totalmente en manos de la mujer, otros como Firenzi si lo hacían. Jugar con un niño, aunque fuera para determinar las formas de su organización psíquica, quedó fuera de sus posibilidades reales, delegándolo edípicamente en su hija Anna, que nunca tuvo hijos.

En cambio no quedó fuera de sus posibilidades tratar de mostrar un cierto saber sobre ello, como una de sus tan ejercitadas inferencias, a partir de sus conocimientos de los modos de elaborar los procesos los adultos. Esta postura si es todavía algo más concebible, pero sensibilizarse a lo infantil hubiera sido una tarea mucho más difícil y costosa socialmente de lo que ya fue el comienzo y el desarrollo del psicoanálisis para él.

Así también se aprecia, aún en la actualidad, un constreñimiento de los problemas clínicos, sobre los que se centra tanto el interés para el estudio, por parte de los investigadores, como la aproximación terapéutica de los especialistas (Weiss y Weisz, 1990; Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987), reduciéndose a veces a las categorías diagnósticas de los estudios hasta los grandes bloques de trastornos internalizados o externalizados, dejando algo de lado la psicopatología psicoanalítica.

2.1.6 PSICOTERAPIA EN SERVICIOS PÚBLICOS

En los últimos años se ha desarrollado, no obstante, un importante empuje sobre los temas relacionados con el conocimiento de procesos y resultados en la psicoterapia con niños y adolescentes en los países occidentales y también en servicios públicos

(Mordock, 1993). Conociendo y defendiendo los resultados obtenidos como una posición digna, delante de la presión de los profesionales de adultos, ya que los estándares de unos y de otros difieren de manera substancial y pueden resultar en que sean minusvalorados los de niños si no se subrayan las diferencias. Uno de los motores de tal planteamiento, siguiendo a McCarthy, Gelber y Dugger (1993), ha sido el debido a la presión fundamental de los organismos, las instituciones o las personas encargadas de sostener económicamente a los psicoterapeutas y de rentabilizar los programas de atención en salud mental de niños y adolescentes.

La gestión actual está apoyada en datos obtenidos de la evaluación de los recursos públicos de Salud Mental, pública o institucional, en distintos países. Para ello se registran todos los movimientos referidos a los proveedores, a los usuarios o a la infraestructura, tanto de dispositivos como de recursos humanos y técnicos, dando valor casi exclusivamente a los resultados numéricos.

A pesar de haberse iniciado los registros de actividad profesional en ciertos organismos públicos, hasta la fecha no hay ninguna estrategia sistemática de recogida o utilización de data de resultados en la literatura ni tampoco hay casi ningún mecanismo de evaluación de la calidad de atención que de facto se ejecute e interprete. De momento en España los estudios de tal tipo son casi inexistentes y en todo caso muy tímidos, si bien es verdad que, recientemente, se han puesto en marcha diferentes proyectos en distintas universidades y en algunos centros sanitarios públicos, de forma prácticamente voluntarista y altruista.

El Servicio Regional de Salud en su Servicio de Salud Mental elabora varios documentos a partir de los datos que se recogen por los profesionales, entre ellos el Análisis Funcional: Registro de Casos Psiquiátricos (1991) y Las informaciones y datos del Servicio Regional de Salud (1996). Clara muestra de la utilización institucional de una base de datos, mediante la cual llega a todos los proveedores, los

terapeutas, para que puedan obtener una retroalimentación del producto que se deriva de su desempeño.

Con el sistema de registro que desarrolla la CAM se busca lograr el objetivo de recogida de información, disponer que se encuentre al alcance de la mano de todos los profesionales que trabajan en la Red Asistencial y que sirva, a su vez, para una imprescindible evaluación continuada del sistema de atención psiquiátrica. De igual modo trata de renovar el sistema de Registro periodicamente, considerando de manera explícita que no es un instrumento de medida de la actividad asistencial que realiza cada uno de los profesionales de los Servicio de Salud Mental, trata así de que no cunda el pánico entre aquellos especialistas poco avezados ni dispuestos a objetivar su trabajo.

2.1.7 EL ÁMBITO PÚBLICO EN EL PANORAMA INTERNACIONAL

Saltando al ámbito público internacional y sus finanzas, el propio *National Institute for Mental Health* norteamericano (NIMH) apenas llega a emplear un 20% de su presupuesto para aplicarlo a una población que supera el 26% del total de habitantes norteamericano, según se refleja en el controvertido, pero muy importante, informe del Plan Nacional para la Investigación de los Trastornos Mentales de Niños y Adolescentes (Leckman, Elliot, Brometh y col. 1995; Cowdry, Rex y Jensen, 1995; Rosenfeld, 1995).

El informe fue elaborado por el NIMH y comentado ampliamente en medios especializados. En el se recomienda dar prioridad a todos aquellos objetivos de gestión de recursos que garanticen razonablemente ciertas cantidades de fondos que pueden permitir sostener investigaciones a largo plazo, único medio de hacer estudios de importancia, debido a los cambios de sintomatología que se producen en la infancia y la

adolescencia con el simple transcurrir del breve tiempo. Lo que era un síntoma hace un día es otro diferente varios meses después, pero con la misma base psicopatológica y el mismo ambiente socio familiar.

Se argumenta también que las consecuencias de la mejora de conocimientos serán igualmente disfrutadas a largo plazo por toda la sociedad, por la posibilidad de ver los procesos de transformación de patología según se avanza en la edad y los efectos de la medicación aplicada a estos tiempos de evolución.

Dicho informe propone, por otra parte, la atención sobre la promoción tanto de los investigadores individuales como de los grupos, servicios y programas que se ajusten a las líneas de investigación que el NIMH considera de interés para desarrollar el área, las cuales son tanto patologías como abordajes y dispositivos, lo cual hace referencia explícita a los procesos.

Apoyándose en los estudios longitudinales se destaca el papel de los factores predisponentes y, también, de los posibles predictores del comienzo de la patología. Así se recomienda, de igual manera, afinar sobre el establecimiento de criterios apropiados de uso de los términos de factores de riesgo y se enfatiza el papel dado a los factores desencadenantes, lo cual es de máximo interés en la exposición de este trabajo. Aún más lo es el énfasis puesto explícitamente en la importancia de los métodos de investigación cualitativos, lo que merece ser destacado por tratarse de un país donde los tratamientos estadísticos, aparentemente al menos, superan a cualquier otro tipo de metodología.

Además, anima a trabajar en el camino de la difusión de los resultados, teniendo en cuenta, de forma amplia, la participación de los padres como agentes que pueden ser de la salud de los/as hijos/as, lo que pone el acento sobre la actuación preventiva que tiene la vida diaria en la salud mental de la infancia y la adolescencia.

Friedman y Kutash en su publicación de 1992, sobre el análisis del estatus de la Salud Mental de Niños y Adolescentes en U.S.A., critican duramente los logros de la *Joint Commission on Mental Health of Children*, que se encuentra en una situación de serio desconocimiento del volumen y estado de los dispositivos de Salud Mental para atender a esta población en su pais, lo que no se aleja mucho del panorama en España y otros paises de la Comunidad Europea, en lo que se refiere al desigual desarrollo de los dispositivos (García-Villanova, Escudero y Sánchez, 1997; Jaffa, 1995).

2.2 HISTORIA DE LA EVALUACIÓN DE PROCESOS Y RESULTADOS EN PSICOTERAPIA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

A lo largo de los años 60 y 70 se llevaron a cabo la mayor parte de los estudios que revisan las investigaciones sobre psicoterapia de niños y adolescentes, con un nuevo despertar en los noventa, animado por los recientes avances en los estudios sobre psicoterapia de adultos (Barmett, Docherty y Frommelt, 1991).

A *grosso modo* se puede establecer una separación en dos bloques con los principales textos escritos sobre el tema. El primero de ellos es descriptivo y dirige su atención a la descripción de los diferentes tipos de intervención y a la articulación de sus sustentaciones teóricas. En muchos casos este tipo de literatura resulta anecdótica y los datos expuestos no permite la evaluación objetiva de las experiencias narradas. El segundo bloque es valorativo, y se preocupa por el interés que existe en este campo de trabajo por medir y estudiar los resultados y la efectividad de la psicoterapia y ha tratado de evaluar con objetividad varios tipos de intervenciones con niños y adolescentes.

Las evaluaciones de las diversas clínicas de orientación dinámica conforman un espacio de práctica terapéutica de gran base técnica, pero por su complejidad teórica y su propia historia, ha sido siempre menos asequible a la aplicación de métodos científicos contemporáneos.

Desde los años 60 hasta la actualidad, se localizan 9 revisiones generales de literatura sobre psicoterapia de niños y adolescentes. En todas ellas se sugieren mejoras de tipo

científico, aportando ideas para conseguir mejorar la eficacia de la psicoterapia. En esta década es Levitt (1971) el primer autor que hizo el esfuerzo de conseguir una revisión de este tipo de trabajos y concluye que sus resultados no apoyan lo suficiente la hipótesis de que la psicoterapia facilita la recuperación de los problemas emocionales de la infancia. Sus trabajos estudiados datan de los años 30, 40 y 50 y, como es lógico, de las mismas fechas proceden las técnicas terapéuticas y la población clínica a la que se refieren, en nada comparable a la actual.

Tanto la metodología como la selección de muestra de los estudios que revisa Levitt dejan muchísimo que desear. No existe una valoración crítica de los diagnósticos y por tanto de los resultados de las intervenciones, de modo que muchos de los pacientes que no aceptaron tratamiento bien pudieran ser sujetos más sanos de lo que se pensaba y que no necesitaban el modelo de tratamiento de la época.

Sí se puede considerar que aporta una buena conclusión en la importancia que da a la implicación de los padres en el tratamiento, la cual sigue teniendo en nuestros días un papel fundamental. Otra buena idea aportada por Levitt en esos años es la de que los resultados se hayan relacionados con la intensidad del tratamiento, con la permisividad de la expresión de afectos negativos en sesión, sin que haya reprensión del terapeuta por las acciones o sucesos referidos por el paciente.

Levitt opina también, que es conveniente la permanencia de los pacientes con sus familiares antes que en una institución y además resalta que las mejores terapias son aquellas que han tenido un adecuado entrenamiento. Concluye que quizás los terapeutas ocupan demasiado tiempo con pacientes que no se podrían mejorar sin tanta atención. Por lo tanto es necesario que se realicen estudios de seguimiento a largo plazo para examinar los procesos y los resultados.

Posteriormente Heinicke y Strassman (1975), siguiendo un modelo positivista de investigación, ponen de relieve que es inadecuado preguntarse por la efectividad de la

psicoterapia de forma global y sí, en cambio, resaltan la necesidad de evaluar las variables específicas que afectan al proceso y a los resultados de la terapia. Aportan los autores citados en sus trabajos, algunas líneas imprescindibles para mejorar las investigaciones, por las que recomiendan que la evaluación sea cuidadosa desde un comienzo, que haya control de una cierta cantidad de variables, como la edad, el sexo, el CI, etc.

Recomiendan también cuidar la homogeneidad de los grupos de pacientes en tratamiento, vigilar los grupos de control y contrastar a los grupos de pacientes con la pregunta sobre el tipo de terapeuta y cómo han sido asignados los casos a los terapeutas que los atienden, la importancia de hacer evaluación de los seguimientos longitudinales, en particular después de finalizar los tratamientos y evaluar los efectos colaterales. Finalmente recomiendan que se hagan los diseños y los estudios de manera que se puedan, a su vez, replicar.

Por su parte Barrett, Hampe y Miller (1978), tras evaluar de nuevo todos los estudios que, a su vez, analizó Levitt, aportan una nueva definición al problema de la evaluación de procesos y resultados, tan de moda en las investigaciones de psicoterapia de la época: "qué tipo de procedimientos es efectivo cuando se aplica sobre que tipo de pacientes, con qué tipos de problemas y aplicados por qué tipo de terapeuta". Se desprende de ello como consecuencia, que es imprescindible especificar y definir muy bien los procesos de las intervenciones empleadas.

Para Weisz y Weiss (1989), además, se observa una cierta tendencia a agrupar diagnósticos según especialidades y tipos de tratamiento, de manera que nos encontramos, de preferencia, con trastornos emocionales en la mayoría de los psicológos de niños de orientación dinámica y en contraste con ellos nos encontramos con trastornos de ansiedad o déficits de atención en el caso de los psiquiatras infantiles. Por ello Shirk y Russell concluyen en este apartado que

aunque es probable que los profesionales de la Salud Mental puedan proponer otra distribución de diagnósticos, las publicaciones que se elaboran no lo muestran.

Shirk y Russell (1992) exponen detalladamente la dificultad de evaluar la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos en niños y adolescentes. Cuando se trata de comparar los modelos conductual y dinámico el problema que aparece es que no son metodologías que se puedan medir por los mismos raseros metodológicos. Plantean también que debe de ser demostrada la relación entre la calidad metodológica y la efectividad del tratamiento, lo que es objeto de sus investigaciones.

En su investigación demostraron que a mayor severidad de los problemas metodológicos menor efectividad. Consideran también que las investigaciones no conductuales pueden ser poco finamente valoradas, porque los métodos, los diseños, la supervisión y la puesta en práctica de las terapias no conductuales deben de ser llevadas a cabo por investigadores familiarizados con otras formas de tratamiento.

Consideran importante valorar el efecto de lealtad que los terapeutas provocan en sus investigaciones y plantean que puede oscurecer los verdaderos resultados en las investigaciones de efectividad.

Por lo que se refiere a la lealtad del terapeuta Shirk y Russell (1992) subrayan dos aspectos:

a) Si el estudio no es un estudio comparativo de resultados e incluye solamente tratamientos no conductuales.

b) Si el estudios es comparativo y se expresan las hipótesis en terminos de esperada superioridad de los tratamientos no conductuales o se se dedica

mayor espacio a describir los tratamientos no conductuales, mientras que el tratamiento de contraste se describe en un espacio relativamente pequeño.

Seguiremos a continuación a Heinicke en su artículo *Toward Generic Principles of Treating Parents and Children: Integrating Psychotherapy with the School-Aged Children and Early Family Intervention* (1990), para definir lo que él consideraba los puntos clave que afectan a los procesos y a los resultados de los tratamientos. Ellos son los siguientes:

a) Entrega, que se refiere a la capacidad del sujeto de asumir la terapia o la capacidad, por tanto, de engancharse al tratamiento.

En algunos momentos se ha pensado que está íntimamente ligada a la motivación para el cambio e influenciada por las características del paciente, por su familia y por el delicado equilibrio entre la preocupación y la capacidad para manejar tal preocupación. Este concepto está relacionado al parecer con la capacidad intelectual, la capacidad verbal, la ansiedad, la capacidad de prestar interés a los problemas y la motivación por el cambio.

b) La Comprensión, que se refiere a la comprensión que el paciente haga de su propio tratamiento.

Puesto que algunos tratamientos suponen un abordaje con indicaciones de varias facetas o tratamientos. Esto significa que el paciente debe de entender la articulación entre todas los aspectos y las diversas fases de ellos y no que todo consiste en una suma lineal de tratamientos o una amalgama de los mismos.

c) La duración del tratamiento, parece afectar a los resultados.

Es muy importante valorar que muchos de los efectos de una terapia se aprecian varios meses después y no siempre se pueden predecir los alcances de estos cambios, lo que acentúa la importancia de establecer estudios definidos que permitan discriminar mejor este aspecto.

En cuanto a la duración de los tratamientos la valoración de Heinicke parece que se basa en los modelos de larga duración, siguiendo los caminos de Aixline (1969) y de A. Freud (1973). Con esto declaración de principios se entienda que la mayoría son de más de 20 sesiones. No obstante también nos encontramos con un 20% de los tratamientos con menos de diez sesiones, porcentaje nada despreciable en este contexto, sin entrar en la diatriba de si se trata de terapias breves, terapias cortas o terapias de tiempo limitado (Sloves y Peterlin, 1986).

Las psicoterapias breves de niños y adolescentes han sido tradicionalmente poco estudiadas y poco usadas también, en algunos casos presentadas como alternativas secundarias, de resultados poco profundos. Además muchas de los estudios que se presentan como modélicos, en todos los órdenes del encuadre, reflejan en realidad que los tiempos de las sesiones han sido acortadas, la mayoría de las veces a menos de cuarenta y cinco minutos, dentro del ámbito de la práctica privada. Por lo que se presume que el tamaño y la duración del tratamiento están en relación con su validez.

d) La intensidad de los tratamientos.

La mayor intensidad parece estar relacionada siempre con los mejores resultados, lo que impulsa a valorar la conveniencia de estudiar intensidades específicas según procesos.

Heinicke dedica su práctica clínica al sector público, donde interviene en programas de trabajo seriamente protocolizados, interprofesionales, de tipo "comentario", que permite

mayor cantidad de materiales para la valoración cualitativa. Su corte de edad de preferencia es el de niños pequeños, en estrecha dependencia de sus madres y sus cuidadores, por tanto está en contacto con esquemas de trabajo de intervención familiar.

Los argumentos de Heinicke apoyan las tesis de que las futuras aportaciones sobre los factores que afectan a los resultados, en cualquiera de las áreas, pueden influir unas en otras, de manera que todas las investigaciones puedan contar, eventualmente, con un marco general de referencia, que permita la acumulación de experiencia sobre los procesos de ayuda. La asunción del tratamiento parece influenciada desde el comienzo del mismo por el tipo de trastorno de que se trate y el nivel de gravedad de la alteración presentada. También el tipo de apoyo familiar que el niño o el adolescente recibe influirá en esta misma línea.

En cambio el tipo de influencia que ejercerán sobre el proceso y los resultados, las características relativas a los aspectos biológicos de la historia del paciente u otros determinantes del desarrollo infantil y de la adolescencia, serán diferentes. Si hablamos de trastornos de base orgánica, como pudiera ser una predisposición genética al trastorno maníaco depresivo en un adolescente, veremos que la búsqueda de ayuda es la que dispondrá hacia una mejor adaptación ante la fase de asunción del tratamiento y también del uso del terapeuta, pero inevitablemente nos vamos a encontrar con las limitaciones de progreso derivadas del funcionamiento biológico determinante de la enfermedad.

De igual modo, la comprensión del programa de trabajo que se presenta a un paciente, está enlazado con el nivel de gravedad de la alteración presentada y la ausencia de recursos de apoyo disponibles por la familia. Habría que valorar la propia racionalidad de la oferta como uno de los factores que pudiera determinar la adherencia al tratamiento y su posterior proceso. En opinión de este autor, el éxito de un tratamiento descansa a veces en un cierto número de técnicas que no siempre están disponibles

para que se puedan ofertar a los pacientes, producto es esta opinión de su adscripción contractual a los servicios públicos.

En muchos casos las intervenciones se van añadiendo a lo largo del proceso para intentar responder a las necesidades de los pacientes y no se suele hacer explícito, lo cual no siempre es lo más aconsejable, aunque es práctica habitual. No obstante se debería de considerar para una evaluación más realista de los procesos, en especial en servicios públicos, ya que en la práctica privada se está normalmente controlado o supervisado, por la persona de referencia de la corriente teórica a la que se ha adscrito el terapeuta.

Muchos tratamientos implican más intervenciones de las que se nombran o están reconocidos en la descripción oficial. En esta premisa se apoya Heinicke para aseverar que se hace necesario incluir varios cuerpos teóricos en cualquier planificación de intervención, especialmente si exigen la intervención en aspectos sociales. De modo más genérico la articulación de métodos de intervención efectivos, en relación a los agrupamientos diagnósticos revela que un abordaje multiprofesional es probable mucho más efectivo que ningún otro. El seguimiento de una sola escuela y profesión, es una manera de estrechar las miras en la intervención.

Shirk y Russell (1992) exponen también que no se puede evaluar con facilidad los tratamientos que se llevan a efecto en la clínica privada y pública. Ellos coinciden con otros autores en que los clínicos no detallan las terapias que realizan lo suficiente como para que se puedan evaluar, por lo que los estudios no reflejan ajustadamente la práctica de los especialistas. También piensan que, en los estudios de evaluación de investigaciones de efectividad, puede la muestra no representar apropiadamente la práctica típica porque ciertos métodos, modalidades o poblaciones clínicas están infra o sobre representadas.

Mucho más beneficioso resulta definir el tema de la investigación en los procesos, donde se sitúa el punto de mira en los términos siguientes: Qué perfil de tratamientos integrados, con qué tipo de submuestra diagnóstica, bajo qué condiciones de tratamiento (adherencia, comprensión, duración e intensidad) va a mejorar el desarrollo progresivo del caso.

En los 7 estudios revisados por Casey y Berman (1985) se concluye que, en términos generales, se aprecia cierta escasez de estudios bien controlados y de buena sustentación metodológica.

Los trabajos de revisión no delimitan con precisión la eficacia de la psicoterapia de niños y adolescentes. De hecho los niños tratados se encontraban mejor que las dos terceras partes del grupo de control, viéndose poca diferencia entre los que habían recibido tratamiento los padres y aquellos en los que no había sido así. Por ello no nos sorprende que haya llamadas continuas para mejorar la rigurosidad metodológica en las investigaciones que enfocan sus objetivos sobre qué tipos de tratamientos son los más apropiados, para qué tipo de niños y qué tipo de problemas.

Kazdin (1991) da por demostrada la efectividad de los tratamientos, en cuanto que su evaluación a la finalización de los tratamientos es mejor que la de los no tratados. Subraya también que si bien los resultados del metaanálisis es mejor para los abordajes conductuales, esto se puede deber exclusivamente a las medidas de resultados.

Cuando estas medidas están algo más controladas entonces se ve que la diferencia no existe. Cuando se evaluaron los tratamientos a un nivel más detallado, incluyendo como un subgrupo las diferentes técnicas conductuales entre sí y como otro subgrupo las diferentes técnicas psicoanalíticas entre sí, se vió que no había diferencias significativas entre las clases de tratamiento.

Los efectos de un tratamiento dependen del trastorno específico del que se trata y de los aspectos de ajuste sobre los que la intervención terapéutica se desarrolla. En opinión de Kazdin hay ya una suficiente clasificación de problemas y trastornos propios de la infancia y de la adolescencia sobre la que trabajar. No es necesario subscribirse a una en particular para aceptar la idea de que hay suficientes ya. La psicoterapia se aplica también sobre una serie de factores que no están necesariamente indicados en las tablas diagnósticas.

En la última década se aprecia un importante empuje en las investigaciones de resultados, lo cual ha aportado un gran impulso en el campo. El mayor avance ha ocurrido en el diseño de tratamientos que permiten la aplicación del modelo metodológico del ensayo clínico.

Con anterioridad al referido avance, muchas de las investigaciones se veían limitadas por los siguientes núcleos problemáticos:

a) La tendenciosidad sistemática en la pericia con la que la terapia era aplicada y administrada.

b) La tendencia en favor de simplificar los procedimientos.

c) El hecho de que no todos los procedimientos son lo suficientemente uniformes, como para permitir a los clínicos ejercerlos de manera pareja.

Para reducir estos escoramientos, las actuales investigaciones en psicoterapia requieren que haya:

a) Un aceptable nivel de competencia en las habilidades de los terapeutas que participan en los diseños.

b) Es necesario que posean niveles de experiencia similar.

c) Consistencia en las aplicaciones de los procesos terapéuticos a lo largo de todo el proyecto.

d) Descripción, lo más fiel posible, de los procesos, para que sean aplicados de la misma manera por todos los terapeutas.

2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

Barrnett, Docherty y Frommelt (1991) seleccionan un total de 43 trabajos para revisar, los cuales cumplían con los criterios de incluir un grupo de niños y/o adolescentes en psicoterapia individual, tener grupo de control, recoger varias escuelas teóricas, incluyendo psicofármacos y que no participen de datos de niños y de adultos a la vez.

A partir de aquí Barrnett, Docherty y Frommelt (1991) elaboran una tabla de requisitos mínimos que deben cumplir los estudios de casos, compuesta por los siguientes apartados:

a) Diagnóstico lo más específico posible, criterios o estándares objetivos de medida, que identifiquen los síntomas, signos o áreas problema, de los sujetos de la muestra.

b) Criterios de exclusión de candidatos inadecuados para la psicoterapia, como son las psicosis, daño cerebral, etc. o todo lo que pudiera ser subsceptible de tergiversar los resultados.

c) Composición homogénea de la muestra que posibilite conclusiones sobre los grupos que la componen.

d) Tamaño apropiado de la muestra.

2.2.2 ESPECIFICACIONES DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PSICOTERAPIA

Elaboran así mismo Barrnett, Docherty y Frommelt (1991) una tabla de características que deben cumplir los tratamientos en cuanto a:

a) Duración, frecuencia, tipo de terapia, etc.

b) Descripción detallada de los procesos.

c) Definición de los perfiles de los terapeutas, orientación teórica, formación y experiencia.

d) Control de cualquier otro tipo de tratamiento que pudiera alterar los resultados.

e) Control del nivel de implicación de los padres.

f) Control de la adecuación o conveniencia de la indicación terapéutica.

2.2.3 CRITERIOS DE AGRUPAMIENTO Y GRUPOS DE CONTROL

Establecen Barmett, Docherty y Frommelt (1991) unos criterios de agrupamiento y control en torno a los siguientes puntos:

a) Uso de grupos de control y definición de su especificidad (nuevo, tratamiento anterior, o no tratamiento anterior).

b) Metodología aleatoria para la asignación de grupo.

c) Agrupamiento por edades, sexo, CI, etc. o cualquier otra variable que pudiera indicar reducción de los efectos de los criterios de selección.

2.2.4 ESCALAS Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Proponen Barmett, Docherty y Frommelt (1991) las siguientes líneas para la evaluación de resultados:

a) Uso de escalas de medición con criterios estandarizados antes que depender de juicios clínicos.

b) Uniformidad y fiabilidad en la aplicación de juicios clínicos, que den fiabilidad a replicabilidad.

c) Evaluación de resultados obtenida por jueces ciegos que den objetividad, tanto para el tratamiento como para la evaluación diagnóstica o el grupo al que se asigna al paciente.

d) Otras medidas de evaluación de resultados que fueran relevantes para el tema de estudio.

En cuanto a la duración de los tratamientos que se recogen en los últimos 27 años la mayoría aplican tratamientos de menos de 6 sesiones. El 39% de los estudios se dirigen a tratamientos de entre 7 y 24 sesiones o más de seis meses, el 9% son de más de 24 sesiones, el 2% tiene una intervención de duración mixta y el 20% no especifica la duración de los tratamientos de forma clara.

En lo referente a las edades evaluadas nos hallamos con que el 30% de los estudios se dirigen a los menores de 12 años y sólo un 23% de los estudios tienen población adolescente de 13 años o más, del bloque restante el 23% se dirigen a ambos grupos de edad y otro 23% no definen las edades de los pacientes.

Los resultados de los estudios se agrupan en cinco categorías:

a) Psicoterapia versus no tratamiento o abandonos.

b) Psicoterapia versus otros tratamientos.

c) Variables de los pacientes.

d) Variables de los padres.

e) Variables de los terapeutas.

Es lamentable ver cómo la realidad demuestra que los especialistas y usuarios asumen, de manera simplista, que hay algo llamado genéricamente psicoterapia que, aplicado de una manera no especificada, ejerce, también de manera difusa y poco concreta, un efecto beneficioso en casi todos los niños con cualquier tipo de problema.

En la revisión de la literatura no hay casi exposiciones sobre lo que ocurre de hecho en la práctica clínica, o sea, que las terapias están escogidas con hipótesis, y no una

certeza, sobre el problema subyacente, el proceso de la cura y la naturaleza de la psicoterapia.

De los 43 estudios, 40 incluyen una pobre definición de los problemas que puedan responder a la cuestión de qué niños están siendo tratados y con qué tipo de problemas, lo que supone el 93% de los estudios revisados.

En cuanto a la metodología de evaluación Barmett, Docherty y Frommelt (1991) nos ofrecen los siguientes reflexiones:

a) El uso de escalas de medidas muestra en general un alto grado de sofisticación sobre todo en comparación con el resto de las áreas, aunque la mayoría no utiliza escalas estandarizadas que previamente hayan sido sometidas a algún tipo de validación y de fiabilidad.

b) Los resultados de la psicoterapia, o lo que sea medido como tal, parece muchas veces ambiguamente relacionado con el trastorno inicial motivo de tratamiento. Sirva de ejemplo cómo se asume que la mejoría clínica es equivalente a una mejora en el rendimiento escolar, situándolo como indicador de salud o de respuesta al tratamiento, cuando el paciente comenzó la terapia por cualquier otro problema.

c) Muchos de los estudios muestran que usan instrumentos de medida a ciegas, o no los especifican con claridad.

d) Un gran número de estudios se apoyan sólo sobre juicios clínicos globales de los resultados obtenidos. Quedan en muchos casos sin evaluar, por lo tanto, la eficacia de los tratamientos, sobre todo para los niveles metodológicos actuales, aunque para el momento, años 60-70, respondieran a los patrones mínimos.

2.2.5 METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

Entre los problemas metodológicos para la evaluación que se desprendenden de los estudios Shirk y Russell (1992) encontramos:

a) Falta de distribución aleatoria, si los pacientes son adjudicados a los tratamientos con criterios que impiden la aleatoriedad.

b) Se considera tendenciosidad en la evaluación si los evaluadores están al tanto de las hipótesis experimentales o conocen el grupo de pacientes evaluados.

c) Desigual concurrencia de tratamientos se puntua cuando los pacientes reciben tratamientos simultaneos y no se contempla la manera de controlar las diferentes concurrencias o se encuentran en otras instituciones, donde se dan otros tratamientos que no se pueden concretar o saber.

d) Valoran como desgaste desigual si los abandonos en un grupo son mayores que los de otros tratamientos o grupo de comparación o de control.

e) Los terapeutas son valorados como sin experiencia cuando son residentes de psiquiatría o psicología o se expecifica que no tienen experiencia.

f) Se considera monooperativismo cuando el estudio sólo tiene una medida de resultados. Se considera insuficiente la cantidad de tratamiento si se reciben diez sesiones o menos.

g) Se valora como falta de integridad del tratamiento cuando no hay protocolo de tratamiento o no se grava o no se revisa periodicamente.

2.2.6 OTROS ASPECTOS METODOLÓGICOS A RESALTAR

Se hace necesario que haya, en el área de la psicoterapia de niños y adolescentes, un desarrollo de modelos de tratamiento, llevados a cabo con todo tipos de técnicas, bien definidos, medibles y diferenciables, que permitan estudios básicos y también comparativos. Para los niños más mayores con técnicas de conversación, interpersonales, etc. y de juego o de actividad, para los más pequeños.

A nuestro parecer encontramos otro área necesaria de ubicar para el desarrollo de modelos apropiados de tratamiento psicoterapéutico para niños y adolescentes, se trata de la estandarización operativa de los posibles tratamientos específicos, lo cual ha sido siempre un tema que ha plagado las investigaciones en el campo, aunque últimamente las investigaciones en el campo de la psicoterapia de adultos ha reducido el interés sobre los niños y los adolescentes.

El desarrollo de manuales específicos que esbozan en detalle las intervenciones psicoterapéuticas permitirían establecer estándares de intervención en encuadres clínicos.

Las nuevas técnicas de videograbación de tratamientos facilitan, de la manera más objetiva posible, la medición llevada a cabo por evaluadores independientes, del éxito en la operativización y el impulso del tales tipos de tratamientos.

El uso de terapeutas motivados, experimentados y adecuadamente entrenados ha permitido también la reducción de las influencias debidas a los terapeutas en los tratamientos de tipo comparativo.

Además, subrayar que estas estrategias también han permitido mejorar el nivel de los modelos conceptuales que deben de ser impulsados y examinados y que, muy al

contrario de las aplicaciones sin sentido, las intervenciones pueden ser realizadas por aquellos terapeutas que entienden bien los tratamientos que aplican y que pueden llevar a cabo poco a poco, siguiendo protocolos bien descritos.

2.3 EFECTIVIDAD Y PSICOTERAPIA ANALÍTICA

En los últimos 15 años ha habido un significativo avance en los estudios de investigación en psicoterapia de adultos. Tales avances han estado presentes en muchas áreas y han generado una reestructuración en la metodología de los ensayos clínicos en psicoterapia.

El desarrollo al que nos referimos ha causado un efecto en la moral y el entusiasmo de los investigadores, sin precedentes en el campo, lo que está permitiendo conducir investigaciones coordinadas entre centros, tanto nacionales como internacionales. Ejemplos de ello han sido los estudios sobre depresión en los años 80 y en la actualidad, los que se están haciendo sobre esquizofrenia a nivel mundial.

A la vez se ha ido perfilando el establecimiento de la eficacia de numerosas psicoterapias para los trastornos llamados mayores. En el caso de la depresión han destacado los abordajes interpersonales, cognitivos, psicoeducativos, de habilidades sociales y de autocontrol.

De igual modo en la esquizofrenia se han establecido los parámetros de los abordajes más eficaces para aminorar los efectos de la enfermedad a largo y a corto plazo, incluyendo los aspectos sociofamiliares y el trabajo rehabilitador. También por su importancia conviene citar los logros en la ubicación de los trastornos de ansiedad.

Al mismo tiempo ha habido un incremento importante de literatura que documenta, profusamente, la efectividad de estos tratamientos junto a la medicación que se les suministra a los pacientes. En muchos casos se relaciona en la actualidad los mejores

resultados en la psicoterapia con aquellos pacientes que tienen mayor capacidad de aprendizaje y resolución. Por el contrario, los que responden mejor a la farmacoterapia son aquellos otros cuya capacidad de resolución es menor.

En el campo de las psicoterapias de orientación dinámica se ha aprendido mucho en la valoración del gran peso específico que tiene la alianza terapéutica para la obtención de los mejores resultados. Frank y Gundelson (1990) han demostrado que la alianza terapéutica sigue siendo un predictor óptimo para este tipo de terapias, incluso en pacientes graves, aunque en ello se requiere un cierto tiempo para establecerla y que se desarrolle de manera que se pueda instrumentalizar.

La relevancia de este fenómeno, como predictor de buenos resultados, se ha apreciado también en la terapia farmacológica. Si bien la investigación en los procesos psicodinámicos ha empezado a reportar alguna comprensión respecto el núcleo de las estructuras que se sitúan en la terapia psicodinámica, ninguna de las escasas iniciativas aplicadas en el campo infanto-juvenil ha dado conclusiones aún.

La progresión del conocimiento es un proceso que se incentiva con un más apreciable aquilatamiento en los estudios posteriores, de manera que lo que es apropiado en un momento específico del desarrollo del conocimiento, se hace inadecuado o irrelevante en otro.

La investigación en psicoterapia de niños es un área todavía muy incipiente para el estudio y, por ello, a veces la investigación realizada en el campo de la psicoterapia de adultos puede aún ser aplicada, aunque con ciertas adaptaciones. Cualquiera de tales estudios puede llegar a representar una gran contribución.

Las últimas décadas han ido dejado evidencia clínica suficiente de la utilidad de la psicoterapia de niños, hecho que tanto Levitt como otros colegas de su época se cuestionaban. También se han pasado varias décadas desarrollando el intento de

establecer su legitimidad científica. Quizás es la oportinidad ahora, de ajustarle los criterios de una correcta y actualizada metodología.

Para la consecución de tal objetivo se ha dedicado la atención principalmente a definir la efectividad de las distintas técnicas, intentando demostrar cuál de ellas era más efectiva. La posibilidad de demostrarlo, en general con técnicas cuantitativas, fue una meta que se presentó, como casi abarcable para cada una de las corrientes teóricas, que creyeron poder alcanzar el falso espejo de la ilusión de poder.

Afortunadamente la demostración no pasó de ser una forma de evaluar la solidez de las propias teorías, que sustentaban los procedimientos y las técnicas, sirviendo a la postre para que se desarrollaran metodologías de evaluación, que de otra manera hubieran prolongado demasiado su llegada.

El objetivo motor quedó suspendido cuando se apreció que no resultaba ganadora ninguna de ellas sobre las demás y que había que centrarse en otros aspectos. En todo caso se llegó a un consenso por el que las terapias dinámicas, las conductuales, las cognitivas, las de juego y las de familia eran las más efectivas, en términos amplios, lo cual nos parece una definición de gran altura.

A partir del asentamiento de esta base, en el campo del psicoanálisis, se ha dirigido la mirada desde los nuevos diseños, estudios y revisiones, hacia el descubrimiento, la definición y el control de los aspectos que producen mejores influencias sobre los resultados y sus indicadores.

Han sido los relativos al diagnóstico, a la gravedad, a la duración del trastorno, a la motivación para el cambio, a la conciencia de enfermedad por parte del paciente y a la presencia de otros síntomas o trastornos, los que se han visto más críticos para determinar el éxito de los tratamientos.

2.3.1 LA EVALUACIÓN EN LA ORIENTACIÓN ANALÍTICA

Uno de los grandes caballos de batalla y de mayor actualidad para la evaluación de procesos, se sitúa en la medición de las variables que intervienen en la psicoterapia psicoanalítica de niños y adolescentes, por sus propias características, ya que trata de la dinámica de los procesos internos y de la experiencia intersubjetiva entre un adulto y un menor.

Por ello la predeterminación de categorías, en encuestas, registros normalizados y escalas, puede quedar seriamente cuestionado por los seguidores de esta orientación teórica, dada la variabilidad de la expresión de la comunicación de cada uno de los participantes en dicha experiencia intersubjetiva y la dificultad en sistematizarla.

Hay que tener en cuenta el rechazo esencial, en los tratamientos de orientación psicoanlítica, a contar con la ayuda de instrumentos técnicos como vídeos, grabadoras, etc., incluso para las supervisiones clínicas, con lo que la validez de la fiabilidad de técnica en el ejercicio, en competencia con otras escuelas teóricas, queda bastante en entredicho, en detrimento del psicoanálisis.

Una manera de tratar de salvar el escollo consiste, por el contrario, reforzar el papel del observador no participante que, actuando como tercero, podría tratar de expresar formalmente la interacción entre el niño y el terapeuta, o entre el bebé y la persona significativa a su cuidado, la que sería el vehículo de intervención en ese caso.

Un problema clave derivado de este procedimiento metodológico es ahora la dificultad para hacer referencia a los procesos sin haber participado emocionalmente en ellos, lo que además incluye el juego en sus más variados aspectos, como parte del trabajo y de la comunicación emocional aludida. Problema clave es, así mismo, el de cómo hacer expresar, al niño o al adolescente, su vivencia de un proceso, que puede no haber

elegido o que puede haber vivido como parte de la intromisión necesaria de los adultos responsables en su vida. Como vemos el análisis de la contratransferencia se hace imprescindible de incluir en los estudios con una mínima categoría científica.

Pero hay más escollos que salvar, dado que los niños y los adolescentes están en su mayoria incluidos en una familia, hay algunos otros factores que se relacionan directamente con esa variables, a saber los que dan cuenta de la cooperación de los padres con el tratamiento y a su capacidad o estilo, de implicarse en él. La dificultad de incluir datos interpersonales en estudios cualitativos o cuantitativos, que traten muestras amplias hace que finalmente se opte por datos externos,que traten de aproximar los contenidos que se buscan.

De este lado se ubican los factores que hacen referencia a la estabilidad familiar, definida usualmente desde el punto de vista de estado civil, nivel socioeconómico, etc. y la presencia o ausencia de trastornos psíquicos en los padres.

Una interesante línea de investigación sobre la influencia de los factores relacionales familiares en la salud mental de los niños es el llevado a cabo por Gribble, Cowen y col. (1993) en el que tratan de definir los factores cualitativos de la relación entre los padres y los hijos que más afectan a la salud mental de los últimos.

Su estudio, realizado con padres voluntarios, tratando de determinar el caracter más idóneo para enfrentar los acontecimiento infantilies vitales estresantes causa de la patología mental, lleva a estructurar tres componentes principales de influencia: Actitud parental, implicación en la relación y orientación y cuidados al hijo. Cada una de estas áreas están definidads por varios factores a su vez, pero es de destacar la aproximación cualitativa al estudio de los factores intervinientes en la calidad del estado mental que predispone a la salud. Dicha aproximación, salvando las distancias, permitiría iniciar una línea de valoración experimental de los argumentos teóricos que definen los vínculos objetales tal y como se describen en la teoría psicoanalítica.

De forma algo más genérica se valora la asistencia a tratamientos previos, así como la frecuencia y asistencia a las sesiones, el número total de ellas, la duración definitiva del tratamiento y la predicción de la motivación al cambio por parte del terapeuta, lo que de nuevo hace referencia a la contratransferencia. Variables de proceso estas últimas, que aluden de manera directa a los sistemas de registro de los terapeutas, fundamentalmente en el sector público, en la historia clínica de sus pacientes; indicador cualitativo en los estudios de calidad de atención, junto con la validez que tenga el propio registro del contenido de las sesiones y las supervisiones correspondientes.

Entre los predictores de mejores resultados relativos a la familia, destacan los de tener padres separados, u hogar monoparental, lo que se estimaría relacionado con la posibilidad de estar más abiertos a recibir ayuda debido a su situación y de igual forma destaca la mejor situación socioeconómica (Bush, Glenwick y Stephens, 1986). Frente a los anteriores, se encuentran los padres que han reconstruido su estatus de casados con unas segundas nupcias, que son los que peores resultados ofrecen comparativamente.

Es muy interesante el estudio al que nos referimos, en el que Bush, Glenwick y Stephens evaluan los predictores de resultados de psicoterapia individual y familiar, en una muestra de 286 niños y adolescentes entre los 12 y los 17 años en un centro de salud mental. En su investigación usan, como variables relativas al paciente, el sexo, la edad, el nivel socioeconómico, la ocupación de los padres, su nivel educativo y la gravedad del trastorno, tamaño y las características de la familia, la existencia de tratamientos previos, la fuente de derivación y la distancia a servicio que les atiende. Entre las variables analizadas pertenecientes al terapeuta están el tipo de contrato del terapeuta y la experiencia. En cuanto a las variables económicas se incluyen la fuente del pago de los honorarios: si es privado, seguro médico privado o seguridad social y el precio por sesión.

Las evaluaciones se llevaron a cabo por dos jueces independientes y se realizaron por separado para los padres y para los pacientes, después de examinar las notas del expediente. Los resultados muestran que los pacientes que han tenido tratamientos previos y han sido vistos por los terapeutas del *staff* tendían a estar más tiempo en tratamiento.

Los pacientes que pagaban más tendían a estar menos tiempo en tratamiento y los que habían tenido tratamiento previo permanecían durante más sesiones. Aquellos pacientes cuyos padres se habían casado en segundas nupcias se mejoraban menos y los que eran atendidos por los miembros del *staff*, o los que habían recibido tratamientos previos tendían a mejorar más.

En cuanto al tipo de familia los pacientes pertenecientes a hogares monoparentales mejoraban más y las familias que eran vistas por el *staff* también, pero aquellas que eran vistas por los terapeutas más expertos no mejoraban más. En cuanto al tipo de derivante, los casos derivados por el sistema Educativo mejoraban menos que los que eran derivados por el Sistema Sanitario.

2.3.2 CONDICIONES ESPECIALES CIRCUNDANTES

2.3.2.1 FACTORES TRANSFERENCIALES

Entre las condiciones especiales que rodean a la infancia y la adolescencia y significadas por la teoría psicoanalítica, se podrían destacar los aspectos siguientes, por vincularse directamente a la posición transferencial del paciente:

a) No tener plena capacidad de decisión en la mayoría de las situaciones de su vida social, especialmente de manifiesto en cuanto a la derivación e inicio de un tratamiento de características psicoterapéuticas.

b) Estar inmersos en una relación familiar estructural y constituyente, que tampoco se ha elegido, que parte de una dependencia extrema y que se encamina hacia la independencia (Mahler, 1975), con todo tipo de avatares.

c) Estar insertos en el Sistema Educativo de forma obligatoria y en la relación con un grupo de clase y uno o varios profesores.

d) Así mismo el tener una forma específica de percibir el mundo y los acontecimientos de su propia vida (Raynault y Borgeat, 1994).

2.3.2.2 FACTORES CONTRATRANSFERENCIALES

De igual modo resaltamos algunos factores del lado del terapeuta, como son:

a) Los que se refieren al estilo, calidad y cualidad de la relación terapeuta-paciente, que aquel es capaz de organizar.

b) La buena formación teórica del profesional (Kazdin, Siegel y Bass, 1990), siendo la línea teórica, en cambio, algo que, en general, queda fuera de los estudios por considerarse irrelevante, como se hizo referencia antes.

c) En cuanto al volumen de experiencia profesional, parece decantarse el fiel de la balanza más hacia los que tienen una experiencia no demasiado dilatada.

d) La identificación con los apectos de la historia del paciente y su situación familiar incrementa la contratamsferencia positiva, sobre todo si se trata de adolescentes que necesitan apoyo para afirmarse en la familia.

e) En cambio actúa en dirección negativa si los resultados son excesivamente lentos o los casos requieren contactos con otras instituciones, así como si se trata de hijos de colegas o personas relacionadas con el terapeuta o de padres muy ricos o excesivamente autosatisfechos (Gabel y Benporad, 1994).

Los profesionales más antiguos y experimentados se sitúan más cerca de padecer el Síndrome de Burntout (Olabarría XXX) y podrían aminorar el énfasis puesto en su actividad, observándose una tendencia a incrementar la duración de los tratamientos y a valorar demasiado alta la gravedad de los síntomas presentados por sus pacientes (Kazdin, Siegel y Bass, 1990).

Sin duda resulta una curiosidad, interesante para los psicoterapeutas que desarrollan su labor profesional en el espacio de la práctica privada, conocer los resultados de ciertas investigaciones de las que se deducen que los honorarios más altos no producen menores tasas de asistencia a las sesiones por parte de los pacientes.

La asistencia del paciente a un tratamiento previo aparece, así mismo, como uno de los predictores de más fuerza (Bush, Glenwick y Stephens, 1986), quizás por ofrecer a los pacientes y a sus padres un conocimiento de las expectativas razonables a conseguir y los caminos para ello.

En cuanto al factor de la persistencia en la asistencia a las sesiones se muestra como uno de los más optimos indicadores para los mejores resultados, más que con los logros de la terapia en sí, pero parece que el ítem está sobrevalorado por los terapeutas que evalúan los casos (Bush, Glenwick y Stephens, 1986).

2.3.3 OTROS OBJETOS DE ESTUDIO

Interesante resulta observar cómo, factores relativos a la edad o al sexo o a la raza de los pacientes, han ido perdiendo posiciones y no tienen mayor valor en la evolución actual de los estudios. En gran parte también debido a la dificultad que conlleva hacer diseños de investigación que se salgan de lo anecdótico, tendencioso o superficial y establezca una positiva y objetiva categorización de los grupos, sujetos y elementos teóricos y técnicos implicados.

2.3.4 OTROS PROBLEMAS METODOLÓGICOS

Las muestras pequeñas tienden a limitar la extrapolación de los datos. A pesar de ello todos los estudios son significativos, porque aportan información a un campo que contiene muy pocas investigaciones sistemáticas. Las investigaciones de campo tienden, en general, a apreciar menores efectos debidos al tratamiento, de lo que lo hacen los estudios más controlados (Weisz y Weiss, 1989).

La publicación de resultados es digna de hacerse en toda ocasión, no obstante, ya que es una práctica poco habitual en la práctica clínica psicológica o médica. Hay que tener en cuenta, además, que cuando un tratamiento de tipo psicológico es ofrecido en una institución médica, es normal que sea rechazado por parte del paciente.

Hay que apreciar en su valor el consenso que comparte toda la psicología analítica sobre la necesidad de discriminar los cambios conductuales o cognitivos en la sintomatología psicológica o psiquiátrica, tachados de transitorios, de aquellos que son más profundos y que se producen en la estructura psíquica.

Suele asumirse que los cambios estructurales son vagamente comparables con las manifestaciones conductuales, en el sentido de las posibles recidivas. Se asume que

las modificaciones estructurales son inconscientes y por lo tanto no son manejables por el paciente.

Se hacen necesarias medidas de resultados de psicoterapia que reflejen cambios estables y profundos de tipo estructural al estilo que el psicoanálisis ha puesto de manifiesto.

De igual manera Weisz y Weiss ven necesario que se pueda hacer una sistemática descripción de las intervenciones psicoanalíticas, si bien recomiendan con ardor un manual para el psicoanálisis infantil, objetivo que puede ser algo más difícil que para otras intervenciones terapéuticas menos intensivas. Encontrándonos sin protocolos de evaluación concretos y con escasos detalles explicativos de la técnica a seguir, será difícil que se puedan circunscribir y delimitar los aspectos componentes de un tratamiento, para elaborar diseños de investigación de campo. Son los pacientes los que soportan los cambios terapéuticos y de estilo de cada terapeuta, que se deberán desarrollar de manera lenta y personal, antes de que se pueda demostrar el valor genuino del psicoanálisis de niños mediante contraste.

2.3.5 OTROS PROBLEMAS METODOLÓGICOS HALLADOS EN LA LITERATURA DE EFECTIVIDAD

Entre otros factores metodológicos que influyen en el análisis de procesos y resultados nos encontramos:

a) El arco de edad del que se ocupan la diferentes muestras suele ser demasiado amplio, perdiendo en especificidad.

b) Los trastornos que se abarcan son demasiado variados, impidiéndose la posibilidad de agrupar diagnósticos.

c) No se ve con claridad la línea de partida, desde la que valorar las puntuaciones que cuantifican las mejoras de los pacientes.

b) En ocasiones se realiza este tipo de estudios con pacientes que pudieron haber terminado el tratamiento demasiado pronto.

d) Evaluar a los que abandonan no refleja fielmente cuál es el punto de partida de los demás, sobre todo de los que no recibieron tratamiento, si el estudio usa grupos de control.

e) En muchos casos los pacientes han sido evaluados por sus terapeutas al concluir el tratamiento, sin mayores medidas de control y sin suficiente objetividad.

En opinión de Kazdin (1990) interesarse por los temas metodológicos requiere prestar atención especial a los diseños de los estudios de proceso y resultados, considerar los diagnósticos de los niños y de sus familias, como factores moderadores de los tratamientos y usar múltiples medidas para examinar los resultados de los tratamientos.

Kazdin coincide con el resto de los autores revisados en lo que se refiere a subrayar la importancia de evaluar todos los tratamientos con la mayor especificidad posible. Uno de los espacios donde se apreció dicho interés fue en un principio el intento de distinguir diferentes grupos diagnósticos en los que los resultados de los tratamientos llevados a cabo y los de los de remisión espontánea o de los abandonos podían diferir en sus puntuaciones.

El número de dimensiones o variables, sobre los que se consideran que dependen los resultados y su nivel de especificidad han seguido aumentando. En la actualidad, el análisis de la efectividad de la psicoterapia indica que los resultados dependen de múltiples características en las que están implicados los tratamientos, los pacientes y las medidas que se usan para evaluar los estudios (Weisz, Weiss, Alicke y Klotz, 1987).

Con respecto a la primera dimensión Kolvin y col. en 1981, en Inglaterra, (citado por Kazdin, 1990) hace un *screening* sobre 4.300 sujetos en población escolarizada, dividiendo la muestra de 600 pacientes, por motivos de desarrollo psíquico, en dos grupos de edad: niños de 7-9 y de 11-12. Se seleccionó dos conjuntos de pacientes: los que están en situación de riesgo de perturbación psíquica, que se remitían a profesionales noveles, y los que ya estaban con evidencias de perturbación, que se enviaban, a su vez, a terapeutas con más nivel de experiencia. En este estudio se toman como lugar de referencia los colegios y se incluyen a los profesores también como informantes. El tipo de diagnóstico se estructura, como se ha visto ya, también en dos categorías: la internalizada y la externalizada.

Las evaluaciones se hicieron antes del tratamiento, al finalizar y después de 18 meses en el seguimiento realizado después de finalizar. El entrenamiento de los terapeutas se daba, de manera formal o informal, según las necesidades de los mismos y eran también supervisados por los expertos de más nivel de formación.

La segunda intervención fue llevada a cabo por Feldman y col. en 1983 (citado por Kazdin, 1990) comenzando con una muestra de 700 niños y adolescentes, de los que terminaron el programa diseñado 450, entre los 8-17 años derivados por una institución que reunía a varias asociaciones judías en St. Louis, Missouri, USA. El programa incluía varias metodologías de trabajo, varias composiciones de los grupos a obserbar, aunque la organización de los terapeutas era parecida al anterior estudio.

Estos abordajes son interesantes desde el punto de vista de la posibilidad de tener una visión clara de las necesidades de la población infantil y de adolescentes, pues todos los niños acuden a su colegio en un momento determinado. Como se puede apreciar en las dos investigaciones comentadas el modo de tratamiento no es referencial para el tema de esta tesis, por ser el tratamiento elegido el de grupo, grupo de juego en particular, en una vertiente clínica en el primer caso y en una vertiente social en el caso de la segunda investigación.

Los términos por los que se orientan las investigaciones ahora se pueden resumir en la frase siguiente: ¿QUÉ tratamiento, llevado por QUIÉN, es más efectivo para TAL persona con CUAL problema y bajo CUALES circunstancias? (Paul, 1967).

2.3.6 ASPECTOS INSTITUCIONALES EN LA EVALUACIÓN DE PROCESOS Y RESULTADOS

Vazquez-Barquero y colaboradores en 1986 proponen una serie de preguntas sobre los límites de una evaluación en el Área de Salud Mental y estratifican en tres niveles el abordaje del campo:

a) Sitúan en primer lugar la posibilidad de definir el volumen de contacto que los sujetos hacen en un Servicio de Salud Mental y las tendencias de utilización de los mismos. Apartado que apunta directamente hacia el problema de definición de la metodología de la evaluación en Servicios Públicos específicamente.

b) En segundo lugar se plantean cuales son las necesidades de los pacientes que establecen contacto y la de sus familias, pasando a

continuación a cuestionar si los Servicios pueden dar respuesta a las demandas que se plantean.

c) En un tercer lugar nos encontramos con la evaluación de los procesos y de los resultados.

Tendremos que dar por aceptado que las interrogantes que se refieren a la capacidad de un servicio o dispositivo de salud para dar respuesta a sus demandas, está en manos de las personas competentes para determinar su gestión. No en vano hemos planteado ya que tales apartados se articulan y se hacen efectivos mediante la recogida de datos centralizados, en nuestro caso en la Unidad de Salud Mental de la C.A.M. En ese contexto institucional y orgánico, jerarquizado pues, es donde se puede plantear el problema esencial de la diferenciación entre evaluación de proceso terapéutico y evaluación de resultados o de respuesta al tratamiento.

En el primer apartado se han de incluir todas las monitorizaciones de las actividades terapéuticas en sus aspectos metodológicos y estructurales, sin que se tengan en cuenta los resultados que, sí, se atenderán para el segundo apartado, donde la perspectiva del cliente es fundamental para determinar tales resultados, a veces medibles, de mejor manera, por la satisfacción del usuario o su familia, aspecto de difícil manejo en la línea teórica de base psicoanalítica.

La evaluación de resultados no sólo debe de fijarse en los aspectos que se refieren a los procesos llevados a cabo, sino también a los cambios que han podido haber en el entorno de los pacientes en términos de mejora de la calidad de vida (Bigelow, 1991). Aspecto este, que requiere una buena definición en el caso de su adaptación teórica a púberes y adolescentes, en especial en lo referido a la valoración que los padres pueden hacer de las conductas disruptivas en el medio

familiar y escolar, propias de su edad en muchos casos o al poco aprecio y conciencia de las situaciones de riesgo en las que pueden estar sumergidos.

Donabedian (1980) ha aportado un modelo tripartito que se usa mayoritariamente en los estudios de calidad del área de salud, el cual se puede resumir en los apartados siguientes: Estructura, donde se incluyen las categorías de lo estable en la provisión de cuidados, como son la tecnología y los recursos físicos, así como los aspectos de la organización que proveen de cuidados. Proceso, donde se incluyen los aspectos que pueden ser evaluados, porque documentan y describen, de forma exacta, las atenciones recibidas por un paciente. Resultados, donde se incluyen todos aquellos aspectos que se pueden evaluar relativos al cambio en la salud del paciente, tanto en la actualidad como en un futuro y que puedan ser atribuidas a las atenciones sanitarias recibidas con anterioridad referidas.

Metodológicamente el autor propone que se establezca una identificación de las características del sistema o de la estructura o proveedor, en los aspectos que acabamos de señalar, las que deben de ser especificadas de acuerdo con los consumidores y que estos a su vez sean definidos desde el punto de vista de máximos y mínimos de lo que es calidad, atribuyéndose un gradiente de importancia semejante para cada indicador elegido.

Se recomienda señalar y acreditar cada proveedor eficiente en el tratamiento de cada trastorno, lo cual significa eficiencia desde el punto de vista de la aplicación de recursos y tiempos, o de la efectividad económica, con lo que se crean estándares que se pueden intercambiar como criterio con otros proveedores o dispositivos de zonas culturales y económicas afines. También se puede usar para implementar la productividad de un equipo, al que se trata como un grupo, o de cada uno de los proveedores individualmente, al localizar sus habilidades y sus debilidades.

Todo ello se usa como información para los derivantes, puntualizando o focalizando sus atenciones y sus sistemas de selección de pacientes, según los trastornos susceptibles de ser tratados. Más fundamental aún es si el servicio del que se trata está especializado en algún tipo de tratamiento, lo que recibe el nombre de "calidad dirigida", por asegurar la calidad de los proveedores en una determinada materia, patología o tratamiento.

McCarthy y col. (1993) insisten en la importancia de implicar en la evaluación de resultados a todos los sectores que intervienen en los procesos:

a) El paciente porque recibe satisfación, salud, calidad de vida y un coste efectivo por los cuidados recibidos.

b) El profesional porque recibe un *feedback* de la calidad de la atención que dispensa, conocimiento de los estandares de desempeño profesional en su Servicio, información sobre la eficacia de su trabajo, de sus habiidades técnicas y de los conflictos que se pueden generar.

c) Los responsables de la dirección de la estructura de los servicios porque reciben un perfil de los patrones de actuación de los profesionales que dirigen, directrices documentadas para llevar a efecto saludablemente la dirección de los programas clínicos, mejora de las relaciones de los equipos de trabajo, datos fiables sobre la relación coste-cuidados, con lo que se pueden obtener ventajas para la modulación de tales costes.

d) Los responsables sanitarios porque obtienen una oferta de cuidados disponibles de buena calidad, incremento de la productividad, mejora de los rendimientos netos del Sistema de Salud, moderación de los costes y mejora de los beneficios.

2.3.7 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Con respecto al controvertido tema de la satisfacción del usuario hay que destacar, en primer lugar, la relevancia actual que posee. Hay que situarlo como un nivel de análisis imprescindible en el actualidad, en cualquier trabajo sobre evaluación resultados y procesos, al menos dentro del sistema sanitario (Williams y Wilkinson, 1995), constituyendose en un atributo de calidad y una meta legítima de la atención.

Valga como dato, que la mayoría de los centros de atención en salud mental comunitaria norteamericanos se encuentran sometidos a evaluaciones que incluyen esta faceta de la satisfacción del usuario (Lebow, 1982, 1983, 1984). Con respecto al diseño de los cuales no hay restricciones de número de pacientes ni de patologías, aunque sí que se suele recomendar, que se incluyan cuantos más puntos de vista mejor en la elaboración de las encuestas, para la obtención de datos.

Sólo se recomienda que se evalúe por separado a los que han recibido un tratamiento adecuado, o sea, que han cubierto el proceso previsto totalmente y los que, por cualquier otra circunstancia, no hayan podido hacerlo. Así mismo se recomienda hacer otra separación entre los pacientes de tratamiento ambulatorio y los de tratamiento hospitalario.

Lebow propone como necesario que los pacientes susceptibles de formar parte de una muestra hayan hecho de tres a cinco sesiones como mínimo para formar parte de un proyecto de evaluación de satisfacción de usuarios, por considerar que un menor número no es tiempo suficiente mínimo para que un paciente o su familia se haya podido posicionar de manera propia ante el tratamiento, el terapeuta o el servicio.

Entre los aspectos que mayor importancia tienen para la evaluación de la satisfacción de los usuarios es habitual citar los relacionados con las características del staff, la oferta de tratamientos, el espacio físico y el entorno y las actividades que se ofrecen para desarrollar la autonomía del paciente (Corrigan, 1990, MacDonald, Ochera, Leibowitz y col. 1990). Metodológicamente la mayoría de los estudios se realiza con encuestas de las que el nivel de respuestas es muy bajo, siendo casi hasta el 70% de los pacientes los que no responden a las demandas de los investigadores. Se trata en todo caso de estudios con población adulta.

Paralelamente sucede que el número de proyectos realizados es también muy bajo cuando se trata de pacientes ambulatorios, en especial si nos atenemos a los proyectos dirigidos por la institución, en los que las entrevistas se alternan con los cuestionarios con mayor predominancia de los primeros. No obstante, no se encuentran trabajos en España que hagan referencia a investigaciones con niños o adolescentes. Este aspecto es un marco que añade relevancia de la presente investigación.

Entre los estudios de resultados encontramos, en todo caso, que la edad parece que se correlaciona positivamente con la satisfacción del consumidor, al igual que el estado civil de casado y el mayor nivel educativo. En general se aprecia que se vincula el menor nivel de síntomas con una mayor satisfacción, aunque no es un tema que dependa de los síntomas de modo directo (Levois, 1981; Hansson y Berglund, 1987).

CAPÍTULO III

CONCEPTOS Y MODELOS METODOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EVALUACIÓN EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

CAPÍTULO III

CONCEPTOS Y MODELOS METODOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE EVALUACIÓN EN LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

A continuación vamos a dedicar la atención a la metodología de evaluación de la intervención clínica. Para ello haremos un recorrido en primer lugar definiendo al sujeto con el que se hace la intervención, por tanto hablaremos de él en términos de psicopatología. A continuación se plantearán los aspectos que organizan el diagnóstico y su instrumentalización. Más adelante abordamos la intervención planteando diversos aspectos y problemas metodológicos que estructuran el análisis de una intervención terapéutica en un Servicio Público de Salud Mental. Seguiremos con la descripción de los principales métodos de investigación en psicoterapia de orientación analítica. Finalmente, integrados los tres aspectos anteriores, abrimos espacio para el sujeto y sus padres de la intervención, explorando su capacidad de decisión para participar activamente en la cura.

3.1 EPIDEMIOLOGÍA

La epidemiología es importante, no sólo porque dice el número de personas que están afectadas de una determinada enfermedad, clasificándolas en categorías o porque da detallados y fiables estudios test-retest, sino porque permite conocer las causas, tratamiento e historia natural de los trastornos que se presentan en una población determinada, donde la intuición clínica o el caso a caso, que no deja de ser un anecdotario, no son los métodos más idóneos, ya que no permiten obtener una buena foto de la realidad.

Dichos estudios son necesarios para informar a los políticos y gestores sanitarios para que proyecten los diseños de investigación y planifiquen la formación de los profesionales (Dulcan, 1996). De la misma manera son importantes para la Administración de Salud porque al estimar el número de afectados se pueden planificar los servicios que serán necesarios para atenderlos (Brandenburg, Friedman y col. 1990) y también son útiles para informar a los clínicos y a otros proveedores de salud, para el diseño de intervenciones y de programas de tratamientos.

La epidemiología permite saber como están los niños y los adolescentes que no llegan a los Servicios de Salud Mental u Hospitales de la red pública, ya que la presencia de factores de riesgo difiere según comunidades en morbilidad, historia natural y respuesta a los tratamientos (Zeanah, Boris y Scheeringa, 1997; Mira, Férnandez-Gilino y Lorenzo, 1997).

Además las diferencias halladas en las puntuaciones y la severidad o características de los trastornos dan idea de la etiología de la psicopatología (Rutter, 1988) y permite identificar de manera apropiada a los grupos de alto riesgo que se pueden beneficiar de los programas preventivos o de las

intervenciones tempranas (Costello y col. 1993; Feijó, Saueressig, Salazar y Chaves, 1997).

3.1.1 LA NUEVA EPIDEMIOLOGÍA

Tradicionalmente la epidemiología, para su avance, ha insistido en un proceso de recuento, búsqueda de causas, localización de grupos de riesgo y puesta en marcha de mecanismos que rompan la cadena de trasmisión. La llegada de la nueva epidemiología para la detección y conocimiento de los trastornos mentales ha obligado a terminar con este viejo estilo, por inservible (Costello, 1989).

Se trata a partir de ahora de conocer las condiciones en que se encuentra una población y las necesidades de atención que requiere, dado que la cronicidad psicológica existe. Looney, Claman y col. (1984) defienden la conveniencia de usar los métodos más sofisticados de almecenado y discriminación de datos, haciendo especial hincapié en los sistemas computarizados. Para ellos destacan sus prestaciones al proporcionar estructura, disponibilidad de la documentación, capacidad de compartir información con otros servicios o dispositivos asistenciales, ahorrar espacio, planificar mejor los programas de atención, ayudar a mejorar la investigación y, al ser usados también por los administradores, mejorar la gestión (Rafferty, 1992).

También se encuentran algunas desventajas ya que rigidifican el proceso de entrada y salida de los datos, limita el acceso a la información, entorpece el entrenamiento de los especialistas porque se tienen que capacitar para ello, dificulta la codificación de datos espontáneos o intuitivos, está siempre sometido a cambios y superaciones por que son sitemas que envejecen muy rápido.

La propia OMS está iniciando experiencias de información computarizada, como es el caso de la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) que contiene una versión computarizada de las DSM-IV y ICD-10 (1993a) que son compatibles, caso también de la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) versión 2.3 (Fisher, Wicks y col. 1992). No podemos ya dejar de incluir las ventajas derivadas de Internet para la mejora de la efectividad de los trabajos y la búsqueda de documentación en la *Web* (Huang y Alessi, 1996).

3.1.2 MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS

En epidemiología los estudios descriptivos responden a la necesidad de estimar la prevalencia de los trastornos psicológicos y psiquiátricos en general en la población y la correlación con algunos específicos también. La mayoría de los estudios se agrupan en torno a dos líneas principales:

a) Aquellos que se basan en los diagnósticos descriptivos recogidos en las sucesivas DSMs e ICDs, elaboradas por la American Psychiatric Association (APA) (1994), de ámbito norteamericano y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992), con ámbito de influencia preferentemente europeo.

b) Aquellas que se apoyan en las documentaciones empíricas, de taxonomía cuantitativa, elaboradas por diversos autores, del tipo de la *Children Behavior Checklist* (CBCL), la *Youth Self-Report* (YSR), la *Diagnostic Interview For Children and Adolescentes* (DICA), la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC), la *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS) o la *Children's Global Assessment Scale* (CGAS) (Achenbach y Edelbrock, 1979, 1984; 1987; Boyle, Offord,

y col. 1993a; Costello, Edelbrock y col. 1984; Orvaschel y Puig-Antich, 1987; Shaffer, Gould y col. 1983), sin ánimo de ser exahustivos y entre otras muchas (Lewis, Pelosi, Araya, y Dunn, 1992).

3.1.3 PROBLEMAS ACTUALES DE LA EPIDEMIOLOGÍA

Parafraseando a Costello (1989a), la epidemiología tiene varios problemas: es lenta, es cara y no se puede afirmar que su certeza efectiva a largo plazo, no se sabe a ciencia cierta el riesgo a largo plazo que tiene un trastorno de un niño que no ha sido tratado ni identificado. Tampoco se sabe el paso por el que gana credibilidad la relación causal entre un factor de riesgo y una enfermedad, por lo que hay que seguir perfilándolas y mientras tanto es necesario sumar datos para hacer categorías diagnósticas.

Costello (1989) sitúa uno de los problemas actuales de la epidemiología en la escasez de estudios epidemiológicos longitudinales que revelen datos de curso histórico en la formación y desarrollo de los cuadros psicopatológicos, en la dificultad que hay en optar cuando los datos que se acumulan en los diferentes estudios no concuerdan y en cómo superar la causalidad que asocia un factor de riesgo y un trastorno.

3.1.4 EPIDEMIOLOGÍA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES

Apoyados en un principio en las investigaciones realizadas con adultos, se observa cada vez más en los autores interesados en la infancia una tendencia hacia la descripción y estudio sobre las causas de la afección psíquica y los factores socio ambientales, como es el caso de los abusos sexuales, físicos o

psicológicos (Oliver, 1993), sobre el impacto de las estados afectivos de los adultos en los niños (Cummings y Smith, 1993) y en referencia a sus ratios de prevalencia (Cohen, Cohen y col. 1993a,b) y, en fin, todos aquellos aspectos que, en términos generales, pueden ser denominados estilos de vida de la población de niños y adolescentes y su manera de enfermar (Fink, Bernstein y col. 1995; Garrison, Jackson, Addy y col. 1991).

Otros rasgos de importancia son también los relativos a las experiencias vitales (Sandberg, Rutter, Giles y col. 1993), a los estilos de vida de los niños y sus familias (Bartlett, Schleifer, Johnson y col. 1991; Velez, Johnson y Cohen, 1989), a las condiciones en las que viven sus padres, las cuales juegan un papel determinante en su Salud Mental (Aaron, 1993; Handyside y Heyman, 1990) y a la percepción de amenazas provenientes del ambiente (Raynault y Borgeat, 1994). Especial intrés tiene estudiar los contextos de deprivación socio-familiar y los trastornos derivados de ello.

Lo poco específico de los síntomas psíquicos en la infancia y la adolescencia, y la modificación frecuente que sufren según se van desarrollando los acontecimientos vitales del sujeto (Bernstein, Cohen, Skodol y col. 1996; Mardomingo y Flores Mateos, 1993; Stewhausen y Radtke, 1986; Thapar y McGuffin, 1996), hace necesario tomar en consideración el proceso evolutivo, el proceso madurativo de cada grupo en sí mismo y sus estilos familiares heredables, alejándose lo más posible del obvio adultomorfismo inherente a las actuales tablas descriptivas para el psicodiagnóstico y presente, también, en la mayoría de los estudios epidemiológicos.

3.1.5 ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN ESPAÑA

Un repunte del interés de los expertos sobre los aspectos epidemiológicos se observa últimamente en autores españoles. En Valencia el equipo de Gómez-Beneyto publica en 1994 un estudio con 1.200 sujetos de 8 a 15 años con la CBCL en un primer nivel y la K-SADS en el segundo nivel. Más tarde Lemos Giráldez (1997) trabaja en Oviedo una muestra de 2.538 sujetos, de edades entre los 11 y los 18 años, sobre la YSR de Achenbach, donde ha apreciado diferencias entre los sexos con respecto al original. En líneas generales en todos los estudios de este perfil se suelen mostrar las tendencias hacia la expresión sintomatológica externalizada en varones, al parecer más tolerada, e internalizada en mujeres (Jalenques y Coudert, 1994).

Así encontramos trabajos como el de Sardinero y Pedreira (1997), en Gijón y Avilés, sobre epidemiología de los trastornos de la edad escolar, con la CBCL de Achenbach y Edelbrock, en los niños de 6 a 11 años, ya adaptada al castellano (Rubio-Stipec, Bird y col. 1990). Por su parte López Soler (1996) y López Soler, Cortegano y col. (1997) trabajan con este mismo cuestionario, en la Universidad de Murcia, con una muestra de 182 niños y niñas de 6 a 12 años de edad. Tratan de relacionar las alteraciones psicopatológicas con los rasgos de personalidad, consiguiendo presentar una ciertas aproximaciones según sean los sujetos de la muestra de sintomatología internalizante o externalizante.

Una interesante línea de trabajo complementada también por el trabajo de Maganto (1997), en el país Vasco, conocedora de los límites de las escalas llamadas estructuradas, como las usadas por los autores anteriores, trata también de determinar los precursores de los trastornos de personalidad en la infancia, con una muestra de 334 sujetos entre los 6 meses y los 16 años, pero usando para su

estudio la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de la Infancia y de la Adolescencia (CFTMEA) de Misès, Fortineau, Jeammet y col. (1988).

3.1.6 PREVALENCIA

Los datos de prevalencia de trastornos de salud mental, en la infancia y la adolescencia, de los que se dispone hasta la fecha muestran que hay grandes variaciones, con unos márgenes que van desde el 12.4% de Francia al 50.3% de Alemania, que ofrece una media de 28% de prevalencia (Bird, 1996).

Con las valoraciones transculturales de la DSM-III-R y la DSM-IV las variaciones que aparecen, en edades de 11 años, van de un 17.6%, en población holandesa (Achenbach, Verhulst y col. 1987a; 1987b) a un 49.5% en Puerto Rico (Achenbach, Bird y col. 1990), situándose otros estudios en en Nueva Zelanda, Isla de Wight y Noruega en el espacio intermedio (Anderson, Williams y col. 1987; 1989; Rutter, 1989; Vikan, 1985), lo que da una media de prevalencia de 29%, en los mismos parámetros se sitúan Whitaker, Johnson, Shaffer y col. (1990) cuando evalúan 5.596 sujetos en una población adolescente norteamericana.

Costello (1989a) trata de tomar una postura algo más moderada tras estas desviaciones tan importantes y sitúa los datos de psicopatología entre el 17,6% y el 22%, lo cual coloca los niveles en parámetros bastante asimilables por todos, si bien hablar de medias es siempre una mera aproximación teórica. Brandenburg, Friedman y col. en su revisión de 1990 colocan los parametros entre el 14% y el 20% y en el 7% en el caso de los trastornos severos.

Así nos encontramos, entre otros trabajos, con el de Sardinero y Pedreira (1997), en el Principado de Asturias, que versa sobre epidemiología de los trastornos de la edad escolar, donde encuentran tasas de prevalencia, con la CBCL, en torno al 30,2%, de los que se derivan a atención especializada algo menos de la mitad. Este dato con niños de 6 a 11 años es importante para conocer los patrones de detección y derivación por parte de los especialistas de Atención Primaria en relación al campo de la Salud Mental.

La evaluación de la significación clínica de los datos epidemiológicos sobre prevalencia es algo controvertido, ya que según los estudios de este tipo, unas veces se ve reflejada por la severidad del trastorno (Bernstein y col. 1993), otras por la afectación y otras por el nivel de alteración funcional, lo que pone de manifiesto una alta variabilidad de los criterios de gravedad.

Hablando de evaluaciones transculturales y al fin y al cabo es siempre así, dado que si evaluamos con una de las escalas, sea la que sea, siempre veremos que ha sido probada o elaborada en otros contextos culturales, las variaciones se consideran atribuibles al contexto cultural y no a la variabilidad metodológica posible. Así es como se pueden detectar tendencias de variación en los diversos modos que tienen de enfermar los niños.

Son los niños latinos y los chinos las poblaciones que reflejan mayor expresión somática en la depresión, frente a otras culturas más occidentales y de corte sajón. Ello conviene ser tenido en cuenta para obtener una correcta evaluación clínica de los pacientes del corte de edad de la muestra del presente trabajo. En este sentido es interesante pensar en hacer investigación en Salud Mental con sensibilidad hacia la cultura pertinente de que se trate.

No obstante hay otro problema añadido a la sensibilidad individual y es el de la edad de los trastornos y su variabilidad a lo largo del desarrollo, no siempre presente en los estudios. A modo de ejemplo sirvan las observaciones de Costello (1989a), cuando expone que ninguno de los estudios recientes de tasas de prevalencia psicopatológica, en muestras de población general, no derivadas a servicios especializados, han hecho referencia a patrones sintomatológicos y su control en diferentes edades.

El tema ya está en el ruedo, así podemos encontrar uno de los intentos más interesantes, como es el llevado a cabo por Cooper y Goodyer (1993) y Goodyer y Cooper, (1993) que, en su diseño del estudio de los patrones sintomáticos de la depresión en mujeres adolescentes y los criterios de comorbilidad, diferencian tres cortes de edad en el intervalo 11-16 años, tratando de poner de relieve que al interno de cada sector evolutivo hay importantes diferencias.

La mayoría de los estudios más recientes de prevalencia se dirigen no sólo a patologías específicas, sino hacia su manifestación y diagnóstico según periodos de edad específicos, Target y Fonagy, (1996), Whitaker, Johnson, Shaffer y col. (1990), Zeanah, Boris y Scheeringa (1997) son un claro ejemplo de ello.

3.1.7 COMORBILIDAD

La baja vinculación entre la desviación de la norma y la patología favorece, también, la producción de comorbilidad. En la medida en que se acreditan parámetros que denotan gravedad y perturbación, baja la frecuencia de la comorbilidad.

La comorbilidad es la coexistencia de dos o más trastornos diferentes en la misma persona. Evidencias sobre dicha la coexistencia se ha ido acumulando a lo largo de los años y está implicada en la gravedad del problema de que se trate, en los resultados esperados y en la respuesta que se tiene a los tratamientos (McConaughy y Achenbach, 1994). Es tan frecuente, en los estudios revisados, como para incluso plantearse si no estará inflada. Puede ser, también, en definitiva, la expresión de una debilidad en la definición diagnóstica, lo que parece reclamar un nivel superior de referencia.

La comorbilidad parece una consecuencia de las numerosas subdivisiones de los cuadros clínicos, que se hacen a veces difíciles de discriminar, por un lado. Por otro también la consecuencia de la dificultad de definir los trastornos psicopatológicos tempranos, cuando el niño es muy pequeño y no han empezado aún a cristalizar. No se ven nada claras las aparentes continuidades de los trastornos entre la infancia, la pubertad, la posterior adolescencia y la temprana juventud, cortes de desarrollo que, entre los mismos especialistas, no siempre ven tampoco claras las diferencias.

3.2 DIAGNÓSTICO

La primera profesional que focalizó su atención en la clasificación de los trastornos mentales de los niños fue Anna Freud en 1965, con la elaboración del perfil de desarrollo, el cual sistematizó, basado en los conceptos psicoanalíticos descritos por ella misma en publicaciones y seminarios anteriores.

Fue a partir de aquí que se organizó, al año siguiente, un grupo de expertos para el avance de la psiquiatría, en 1966, cuyo informe Nº62, titulado: *Psychopathological Disorders in Childhood: Theoretical Considerations and Proposed Classification*, que está claramente influenciado por la orientación psicoanalítica y que matiza todas las categorizaciones descriptivas que explicita.

Tal influencia generó una cierta reacción de rechazo por parte de los especialistas de otras corrientes nosológicas, poco interesados en mostrarse de acuerdo con el psicoanálisis. No obstante, en la medida en que las distintas clasificaciones se han ido ateniendo a líneas de corte descriptivas, que conforman cuadros clínicos sintomatológicos no referidos a ninguna metapsicología, ha ido habiendo más aceptación. Con el tiempo se han ido viendo que las ventajas de tener una escala fiable psicopatológica de la infancia y la adolescencia, son mayores aún que los inconvenientes.

Rey, Starling, Wever y col. (1995) estudian las diferencias que se presentan en la evaluación diagnóstica entre las muestras clínicas y las experimentales, con niños y adolescentes, usando como instrumento la escala CGAS del Eje V de la DSM-III. Encuentran que, en el 90% las muestras clínicas, se tiende a

concentrar las puntuaciones de las evaluaciones en unos parámetros muy reducidos: dentro de 40 puntos de escala.

Dejan pendiente la idea de una probable falta de ajuste entre los pacientes que se ven en las muestras y el instrumento de medida, o bien se presenta a consulta un grupo solo de pacientes, dentro de todas las posibilidades que la escala puede acoger, o bien se impone la necesidad de conseguir mayor entrenamiento en los profesionales, que repercuta en mayores niveles de acuerdo.

Este tipo de estudios permite apreciar bien las diferencias entre los proyectos diseñados para la investigación controlada y los tratamientos que, habitualmente, se llevan a la práctica por parte de los especialistas. También son un instrumento idóneo, a su vez, para poder describir la práctica clínica con más especificidad.

La base más importante a tener en cuenta en cualquiera de estos proyectos es la clasificación diagnóstica de la que se hace uso, para así entender la definición de los diversos cuadros clínicos con los que se perfilan a los pacientes. Grandes grupos de especialistas internacionales han ido en los últimos años consensuando acuerdos diagnósticos a utilizar en servicios públicos, ajenos, sólo en parte, a líneas teóricas determinadas.

Así Cantwell y Baker, en 1988, hacen una importante crítica de todos los ejes de la DSM-III-R, constatando los cambios que ha habido entre la versión revisada y la anterior, sugiriendo diversas propuestas para el desarrollo de las tablas de clasificación en lo que se refiere a la psicopatología de los niños y los adolescentes. Con posterioridad Cantwell (1996) expone claramente, en otra interesante revisión histórica de la DSM y la ICD, que ambas contienen un

suficiente número de trastornos mentales de la vida de los adultos, pero muy pocas descripciones de la psicopatología infantil.

3.2.1 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

La primera clasificación que toma en consideración estos aspectos recomendados más arriba es la DSM-III, pero no obstante el paso del tiempo se siguen apreciado varios puntos débiles, tanto en la DSM-IV como en la ICD 10, dignos de tener en cuenta.

Destaca a nuestros ojos que la relación existente entre el proceso diagnóstico y la clasificación diagnostica propiamente dicha, deja a veces un poco suspendido el valor del diagnóstico, incluso si se dispone de criterios de presencia y severidad del síntoma.

Los máximos exponentes son, en la actualidad, la ICD-10 (1992, 1992, 1993) y DSM-IV (1994) que aportan una escala de referencia internacional, contrastada y fiable, para la clasificación de los trastornos (Okasha, Sadek, Al-Haddad y Abdel-Mawgoud, 1993).

No obstante quedan, en muchos casos, incompletas o escasas para la descripción psicopatológica de los pacientes que son niños y adolescentes. A pesar de que las últimas versiones referidas incorporan algunos instrumentos novedosos, algo más desarrollados que versiones anteriores, que posibilitan la protocolización e informatización de las entrevistas y los informes, mediante una serie de escalas (Janca, Üstün, Early y Sartorius, 1993).

Tanto la DSM-IV como la ICD 10 no tienen teoría que sirva de base para la clasificación diagnóstica, lo que apoya la tesis de que un corte transversal es la única base del diagnóstico, sin mirar a los aspectos derivados de la historia biológica natural del paciente, de su anamnesis, situación psicosocial, familia u otros parámetros.

Es evidente que se quedan también muy cortas cuando se piensa en una investigación. Pero lo que parece más crucial para la psicología, es si la gran variabilidad de las condiciones clínicas tienen una base final biológica, psicosociológica o de otro cualquier orden, como para permitirnos diferenciar las condiciones de unas de otras y de la normalidad.

A destacar es que se han coordinado y compatibilizado las categorías de las dos clasificaciones, coordinandose para incluir el mismo tipo de trastornos en los mismos apartados. Volkmar y Schwab-Stone (1996) hacen hincapié en la dificultad para encontrar trastornos psicóticos ajustados a la infancia en las bandas de las descripciones sindrómicas. Del mismo cariz resulta la dificultad de diagnosticar a los niños más pequeños o establecer la psicopatología de los niños que llevan una deficiencia mental asociada. Por último es necesario considerar la categoría de los subsíndromes, que no se ubican bien ni en la DSM-IV ni en la ICD 10. Ambas ofrecen en principio el fondo de saco del ítem "otros y los no especificados" o "sin especificación", donde se amontonan todos los trastornos que no reúnen criterios suficientes. En definitiva para los autores ambas clasificaciones, si bien han mejorado siguen teniendo una gran adultomorfia intrínseca.

Últimamente se aprecia en las publicaciones especializadas una cierta tendencia a hacer una supra clasificación de los síntomas consistente en dos bloques, uno que expresa dirección hacia el exterior del sujeto y otro dirigido hacia el interior, lo que situaría al sujeto, de entrada, en uno de los dos bloques de clasificación

diagnóstica y por tanto permitiría más especificidad en las entidades diagnósticas específicas posteriores.

En los últimos años se han ido desarrollando algunas clasificaciones que intentan definir con más especificidad los trastornos de edad propios de la infancia y la adolescencia (Misès, Fortineau, Jeammet y col. 1988; Kreisler, 1984; Rutter, Shaffer, y Shepherd, 1975). Las cuales toman algo más en cuenta la dificultad añadida que tienen los procesos de enfermar, que caracterizan a este corte de edad (Pedreira y Rincón, 1989).

En nuestro país Maganto (1997), experta conocedora de los límites de las DSM y ICD en la infancia, dirige su atención, y nuestra mirada, hacia la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de la Infancia y de la Adolescencia, la CFTMEA, para un proyecto de investigación novedoso que trata de determinar los precursores de los trastornos de personalidad en la infancia. Un sabio intento de rastrear los precursores de una organización estructural de los trastornos de la infancia que obedezcan a categorías de personalidad, pero que en ausencia de este diagnóstico en las otras clasificaciones ya nombradas, se acogen a criterios exclusivamente sintomáticos, logrando pasar desapercibidos o inclasificables.

3.2.2 PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN

A pesar de ello la mayoría de los niños con trastornos psiquiátricos no están recibiendo, de hecho, tratamiento (Bernstein y col. 1993). Los estudios realizados en el continente americano con grupos de población grandes, así nos lo indican (Costello, Costello, Edelbrock y col. 1988; Offord, Boyle, y col. 1987, 1992), cuando plantean que hayan trastornos psicopatológicos en un 18% de la

población menor de 6 años, pero sólo un 6,5% de ellos reciben ayuda especializada.

Refieren un estudio llevado a cabo con niños en edad latente en Estados Unidos, en el que citan unas cifras aproximadas al 22% de la población en la que se encuentra rasgos de uno o más trastornos de la DSM-III. De ellos únicamente el 5% fue detectado por los pediatras, que tienen índices de detección menores que los de las encuestas de población general (Costello y Edelbrock, 1985) y de ellos, a su vez, y el 2% fue atendido en una unidad de salud mental apropiada.

Con respecto a este punto último nos encontramos que muchos de los trastornos asociados a la infancia aparecen asociados con múltiples factores de riesgo. Llegando a encontrarse en estas mismas poblaciones (Costello y Janiszewski, 1990) diagnósticos múltiples en el 82% de los casos tratados y en el 63% de los casos no tratados pero sí evaluados.

En Inglaterra un estudio de características semejantes al que nos referimos, llevado a cabo por Shepherd, Oppenheim y Mitchell en 1966, indica que hay pocas diferencias entre ambas poblaciones a ambos lados del Atlántico, si bien no pueden ser comparados en profundidad sus trabajos, porque la muestra difiere en las características raciales de su composición.

La mayoría de los niños con trastornos mentales no reciben tratamiento psicológico (Bernstein y col. 1993; Costello y Janiszewski, 1990), en algunos casos por las dificultades de selección y captación en los Servicios de Atención Primaria. Costello (1989a) a partir de los datos del estudio de Pittsburg, con una muestra de 1.400 niños entre los 7 y los 11 años, encuentra que si se tiene en cuenta a los padres sólo se derivaría a la mitad de los niños, ¾ de los cuales tendría trastornos de conducta y el otro ¼ seria de trastornos emocionales.

Los estudios realizados en población canadiense, según refieren Costello y Janiszewski en el trabajo citado, algunos autores estadounidenses hablan de cifras algo superiores, proponiendo un 22% de niños con síntomas calificados en la DSM-III, de los cuales sólo fueron detectados como sujetos con trastornos, por sus pediatras, el 5.0% y, lo que es aún más grave, sólo el 1.9% recibió algún tipo de tratamiento de salud mental.

Lo que sucede con los niños que no se tratan nadie lo sabe aún y menos todavía se sabe si sus necesidades son menores que las de quienes sí se han tratado. Por ello planificar las intervenciones y las necesidades de los servicios, en función de los problemas que surgen en la clínica, puede ser un error tremendo, una conclusión falsa, cuyas consecuencias las acabe soportando todo el conjunto de la sociedad.

Las derivaciones suelen estar en manos de los pediatras, la mayoría de las veces a instancias de las madres o familiares más directos de los niños, las cuales pueden tener una relativa certeza perceptiva de los estados de ánimo de los hijos y no tanto de la conducta, que a veces suele implicar a terceros, pero en todo caso puede estar a gran distancia de conocer la gravedad de ciertas manifestaciones sintomáticas.

Este aspecto ha sido documentado por Kazdin, Esveldt-Dawson y col. (1983), Treiber y Mabe (1987) y Bennett, Pendley y Bates (1997) en la línea de valorar la percepción psicopatológica de los padres en contraste con aquella que tienen los hijos. Para ellos ni las madres ni los hijos tienen clara discriminación entre la depresión y los estados de depresión y ansiedad, lo que a veces incluso a los especialistas les resulta difícil y con frecuencia se solapa Rubín (1990). Además loS niños tienen gran dificultad en la discriminación de la sintomatología internalizada, aunque sus padres lo pueden discriminar más facilmente, lo que

adjudican al mayor desarrollo cognitivo de estos últimos en la apreciación de sus propios estados de ánimo.

El resultado de los estudios y de su replicación es que aunque los pacientes estudiados en consulta ambulatoria no perciben mucho la gravedad de su sintomatología y no hacen discriminaciones elaboradas de la misma, son capaces de percibir la severidad de sus síntomas apropiadamente, pero tratan de evitar referirse a ello. Por el contrario las madres que llevan a sus hijos al especialista de Salud Mental suelen tratar de exagerar los síntomas para justificar la conveniencia su demanda de atención.

La verdad es que ellas no pueden percibir fácilmente más allá de su propios límites, por lo involucradas que están en la relación con el niño y, por tanto, no pueden dar cuenta fiable de los perfiles de desarrollo de sus hijos, siendo tendentes a detectar, casi exclusivamente, lo que les perturba en su relación personal.

Los pediatras por su parte tampoco parecen estar muy bien informados sobre las exigencias en Salud Mental de la infancia, (Richards y Goodman, 1996) tendiendo a ver los trastornos mentales de expresión somática de forma médica y los que no lo son justificarlos por las características de las madres, con lo que su actuación como el primer filtro que describen Golber y Huxley (1990) es real y contundente. Los especialistas en la evaluación verán varios trastornos en donde ellos sólo vieron uno, siempre con un nivel de gravedad medio o moderado (Costello y Edelbrock, 1985).

3.2.3 DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN TERAPÉUTICA

Costello y Janiszewski (1990) estudian una muestra de niños hasta 11 años derivados por pediatras de atención primaria y otros que son derivados por unidades hospitalarias. Ambos grupos son comparados a su vez con un grupo de control, que se ha seleccionado con características parecidas a las de la muestra. Los resultados indican que el diagnóstico psicopatológico no parece razón suficiente para que un niño acuda a tratamiento.

También previenen de las indicaciones de tratamiento que vienen acompañando a los niños, no encontrándolos significativos ni discriminativos. De hecho subrayan que se aprecia que los pacientes estudiados presenten más problemas de aprendizaje que el resto de los niños, ni sean menos competentes o con mayores problemas de adaptación. A pesar de que los trastornos escolares parecerían precipitadores de la demanda, en sus mediciones no aprecian la necesidad de intervención escolar entre los pacientes tratados en el estudio, por lo que concluyen que probablemente no aumenta la demanda en salud mental, aunque el fracaso escolar era el doble entre los pacientes tratados que en la muestra no tratada.

Los derivantes parecen haberse dejado influir más por el impacto de los trastornos emocionales y los problemas de conducta sobre los profesores y padres, que por la impresión acerca de como están las habilidades para resolver las tareas propias de la infancia, como las tareas escolares y el funcionamiento adecuado tanto en sus grupos sociales, como en casa o en la escuela. Es bastante preocupante que sea éste y no un criterio más objetivo, el que permita acceder a un niño a tratamiento psicológico.

Si bien se suele considerar que un adulto que cumple los criterios de diagnóstico psiquiátrico no es un paciente, hasta que sus síntomas no le lleven a buscar tratamiento, lo que resulta un argumento algo flojo, más aún lo es en el caso específico de la infancia, dado que en la práctica casi nunca son ellos mismos los que se derivan a tratamiento.

Por ello se hace totalmente imprescindible que las decisiones, para estudiar las derivaciones, como para organizar programas de atención dentro de los servicios públicos, se basen en los datos aportados por estudios longitudinales de evaluación e investigación. Mordock (1993), en su trabajo sobre los aspectos ocultos en los Servicios de Atención en Salud Mental para Niños y Adolescentes, hace una detallada exposición de los programas que este tipo de dispositivos llevan a efecto y sus sistemas de derivación, lo que coincide en líneas generales con la organización asistencial que se analiza en este trabajo.

Hace Mordock referencia al coste del trabajo sobre la infancia, que requiere contacto con los derivantes, la atención sobre la admisión más que sobre la readmisión, el tipo de evaluación realizada, los casos derivados por vía judicial y el gran volumen de contacto que requiere la escuela. Define los tiempos de atención por acto clínico en 30 minutos para atención con el paciente y 60 para la atención a los padres o a la familia. Variados argumentos le hacen concluir a este autor que es un craso error evaluar los programas con niños y adolescentes contrastándolos con los procesos de adultos.

Prestando especial cuidado a las formas específicas del enfermar de los niños y su expresión visible por los adultos, pero más importante aún es prestar atención a las señales que permitan una pronta percepción y derivación, lo que es aún más imprescindible, ya que necesitaría de campañas de información a los especialistas y a la población general.

En el estudio de Ontario, Canadá, (Offord, Boyle, Szatmari y col. 1987) toman una muestra amplia de una comunidad con recursos de todo tipo. Una vez revisada la fiabilidad de las escalas aplicadas en su estudio, Boyle, Offord, Racine y col. en una posterior publicación de 1993, comunican que los niños varones tienen un 50% de posibilidades más de ser tratados que las niñas, cuando hablamos de edades inferiores a los once años.

En cambio son superiores los índices de frecuentación cuando se trata de niñas hasta los 16 años, en que son las más atendidas (Offord, Boyle y col. 1989). Las cifras coinciden más o menos para otros adolescentes, según Costello y Janiszewski, que también coinciden con el resto de los estudios por ellos analizados, apuntando hacia un 25% más de posibilidades de los niños sobre las niñas para ser atendidos, en edades bajas nos referimos.

Nos hacemos eco de nuevo de sus preguntas, ya indicadas en algunos lugares de esta investigación, en lo referente a si será porque la psicopatología de los niños es más perturbadora que la de las niñas para los padres y los profesores. O si será porque, quizás, tengan mayor probabilidad de responder mejor a los tratamientos. Ellos incluyen la raza y el nivel socioeconómico como otros factores predictores de la atención psicopatológica.

Merece la pena destacar que entre los resultados de este interesante estudio al seguimiento, publicados en Offord, Boyle, Racine y col. (1992), se informa que se puede predecir que habrá uno o varios trastornos psiquiátricos entre los niños de nivel socioeconómico bajo, que no tenían trastornos de salud mental cuatro años antes.

En Inglaterra Shepherd, Oppenheim y Mitchell (1966), citados por Costello y Janiszewski (1990), estudian también una muestra de una comunidad

determinada, la de Buckinghamshire, encontrando pocas diferencias entre grupos, excepto la de que las madres de los niños en tratamiento tienden a preocuparse más y a considerar a sus hijos más irritantes y exasperantes.

Otros aspectos de dicho estudio no se pueden obtener por la falta de homogeneidad en las muestra y en el diseño, a causa de su antigüedad. Hay que destacar, no obstante, que sostiene la hipótesis por la que los pacientes vistos en un espacio clínico especializado no necesariamente reflejan la curva de distribución de los niños con trastornos de la misma comunidad.

En términos generales encuentran que las consultas se enfocan hacia los trastornos de conducta o los trastornos depresivos, dentro de la clasificación diferencial de trastornos en externalizados o internalizados. Ellos van aún más lejos y plantean, completamente de pasada, que desde que informaron a la comunidad sobre su investigación, desde ese mismo momento, la demanda se sesgó hacia los trastornos anteriormente referidos, disminuyendo o dejando de derivar otros tipos de trastornos de los que son habituales en la consulta de las instituciones públicas.

Hay razones políticas y científicas suficientes para incrementar el conocimiento de la psicopatología infantil, más allá de la que se trabaja en encuadres terapéuticos. En multitud de ocasiones los trastornos psicopatológicos infantiles están asociados con múltiples factores de riesgo. Si estimaciones del poder predictivo de tales factores se fundan, exclusivamente, en los datos aportados por la población tratada, se pueden dar significativas desviaciones, por tratarse de características que están causalmente relacionadas con la selección para el tratamiento, más que con el trastorno en sí mismo.

3.2.4 CONTINUIDAD PSICOPATOLÓGICA NIÑO-ADULTO

En el terreno de la psicopatología Carlson (1993) y Rutter (1995) exponen que, en las últimas dos décadas, se ha avanzado de modo extraordinario en cuanto a preguntarse por la influencia de los procesos de desarrollo que pueden estar involucrados en los procesos de enfermar, lo cual está modificando las clasificaciones a lo largo de los años. Así mismo se ha avanzado en la ampliación de la base empírica sobre la que investigar los procesos de relación entre la patología de los adultos y la de los niños.

Rutter plantea que la manera de investigar en la actualidad las relaciones entre la psicopatología de los niños y su continuidad con los adultos es la de ir haciendo una revisión por patologías. Así Cantwell y Baker (1989) investigan en esta línea, tratando de apreciar qué trastornos se mantienen estables y qué otros varian. De esta manera muestran que es probable que el autismo y los trastornos por déficit de atención con hiperactividad se mantengan a lo largo del tiempo, que los trastornos de relación padres-hijos y los de adaptación tengan una pobre evolución y que los demás adquieran otras formas según pasa el tiempo, acabando en otros grupos diagnósticos.

En esta línea parece que se están dirigiendo, en estos momentos, los estudios epidemiológicos más avanzados, intentando definir las continuidades o discontinuidades que tienien las conductas y los trastornos. Kashani, Orvaschel y col. (1989) y Kumpulainen, Räsänen y Henttonen (1997) explican que los trastornos de ansiedad no desaparecen pero si que se modifican en el foco de atención, pasando de la familia, donde se encuentra contenida de una manera poco definida, a los amigos o los iguales.

Resalta Rutter, en concordancia con otros muchos autores (López Soler y col. 1997; Maganto, 1997; Sardinero y Pedreira, 1997), la importancia que pueden tener los procesos cognitivos en la psicopatología, la presencia de comorbilidad entre supuestos trastornos diferentes como son depresión y trastornos de conducta en adolescentes varones, por ejemplo.

El reconocimiento de evoluciones patognomónicas heterotípicas entre diversos ítems psicopatológicos es un área de especial interés para los investigadores en la actualidad, ya que parece que hay múltiples ligazones indirectas, así como rasgos directos de persistencia, que vinculan las continuidades psicopatológicas, a tenor de lo que se refleja en los estudios longitudinales, en algunos casos relativos a transformaciones comportamentales.

Encuéntrase que ciertos cambios para mejor pueden suceder, en ciertas patologías, por el desarrollo de relaciones afectivas positivas a lo largo de la vida. Señala Rutter (1995) que es importante observar y analizar la discontinuidad o lo diferente en el proceso de la infancia a la adultez, dándose en ello la posibilidad de encontrar indicadores de mejora espontánea que sirvan para articular abordajes terapéuticos programados.

3.3 EVALUACIÓN Y OBJETIVIDAD

Los autores de investigaciones que utilizan procedimientos de los llamados objetivos nos hacen ver una panorámica muy variada y con diversas líneas a tomar en cuenta. La elección del método está relacionado, en la mayoría de los casos, con la definición del término "Psicoterapia" en niños y adolescentes que consideren propia.

Algunos autores la definen en términos de sentimientos o afectos del paciente, de pensamiento o cognición de su situación, de conflicto, o en términos de acción o conducta. Según se planteen, claro está, su punto de vista se situarán en cada uno de los macro bloques teóricos que se encuentran al uso (Boston, 1989), teniendo en cuenta que es un período de edad de constante cambio por el desarrollo y la maduración que supone.

El *Anna Freud Centre* se cuestiona ampliamente la validez de los instrumentos capaces de medir en la actualidad la capacidad intelectual o la propia sintomatología, en especial en lo que se refiere a la influencia que los tratamientos tienen en la producción de los cambios en la estructura psíquica, lo cual es una piedra basal casi iconográfica de la epistemología psicoanalítica.

En su opinión los efectos terapéuticos positivos apreciados, incluso los relativamente largos que son resultado de algunas terapias breves, en realidad podrían ser efecto de la contaminación de los instrumentos utilizados para la medición de dichos resultados llevado a cabo o por el propio proceso del tratamiento.

Lo delicado del tema ha dirigido a la práctica psicoanalítica con niños y adolescentes a tratar de fijar los principios de la observación en condiciones poco relajadas y también algo fuera del campo teórico psicoanalítico, lo que parece en realidad una medida protectora, políticamente correcta, del terrible debate interno que se produciría sobre lo que es el cambio estructural psíquico, a pesar de que se hacen constantes referencias al mismo.

Circunscribir la medición de los efectos de la psicoterapia psicoanalítica a los criterios de colaboración de los pacientes sometidos a tratamiento psicológico en los cuidados que requieren patologías somáticas crónicas, es derivar lo que sería un debate teórico hacia destacar, como primera pantalla, los beneficios que otras ramas de la medicina hospitalaria obtendrían utilizando el apoyo de los psicoanalistas.

La postura adoptada lleva implícita que las crisis habituales que se visualizan en los pacientes, por edad o evolución del proceso de enfermar, es un problema psicológico profundo y se adjudica a sí mismo el psicoanálisis un campo nuevo de aplicación. En él se asocia cualquier conflicto grave intrapsíquico del paciente, encontrado en el rastreo, con las causas determinantes de los avatares del paciente en el cumplimiento de las normas de autocuidado. Por ello es muy básico tener en cuenta, de cara a tomar en consideración más trabajo más allá de lo puramente clínico, que debemos tratar de incrementar los sistemas de validación internos, para la recopilación de los datos en encuadres clínicos. De forma que se pueda responder a los estándares requeridos por los métodos más científicos, preservando a la vez el sutil y complejo fenómeno clínico que se establece entre el terapeuta y su paciente.

3.3.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

En la corriente psicoanalítica se aprecia una tendencia a abandonar las investigaciones que no tienen organizado un buen sistema de contraste del tipo grupo de control, al contrario de lo que parecería, dada su afición a renegar de los procedimientos objetivos de estudio de casos.

Los abordajes de este punto realizados hasta ahora han sido variados. Salvando las implicaciones éticas pertinentes, una de las formas de resolución del tema se ha hecho mediante el establecimiento de un contraste con los casos que se trabajan en otras instituciones paralelas, lo que reproduciría de forma natural una situación similar a la que se está estudiando, pero sin la contaminación producida por el observador.

En otras ocasiones se distribuyen los pacientes en dos grupos, uno con los que no mejoran y otro con los que sí lo hacen. Se permite de este modo aplicar el análisis por contraste de ambos grupos, para determinar las causas de los cambios y de las mejorías, comenzando por el propio diagnóstico y el sistema de puntuación de los ítems de observación tanto de los que mejoran como de los que no.

Otro de los grupos de control naturales, con perturbaciones mínimas, son los escolares, que reproducen las condiciones naturales en las que se desenvuelve la vida del niño o del adolescente. Para algunas intervenciones, ubicadas en el sistema escolar, se diseñan grupos de control que reciben menor asistencia y se contrastan con los que han tenido mayor intervención o directamente se contrastan con los estudiantes que no han recibido ningún tipo de tratamiento. El método puede ser además usado contrastando los datos clínicos con los de otros estudios, ya realizados y publicados, de niños que no han sido sometidos a tratamiento.

El tema es enormemente delicado porque, en algunos casos, la sola intervención para realizar una entrevista diagnóstica, puede suponer la producción de un efecto terapéutico en el niño o adolescente, que complicaría los resultados del estudio. Intentando aquilatar el diagnóstico para organizar un determinado abordaje planificado podemos tropezar con un efecto de este tipo, nada infrecuente, resultado que tergiversaría las conclusiones.

3.3.2 METODOLOGÍA ANALÍTICA Y GRANDES MUESTRAS

Vista la dificultad metodológica anterior, nos topamos con el nuevo escollo derivado del tamaño de la muestra. Las grandes muestras, tan del gusto de algunos, no parecen en consonancia con una línea teórica como la psicoanalítica, que trata de los fenómenos que ocurren en el interior de las personas, de gran dificultad de medición si no nos aproximamos con intensidad al objeto de estudio.

Por ello se tiende hacia la metodología del caso único (Abramson, 1992) y en todo caso una repetición sistemática en síntomas y pacientes de características clínicas parecidas. Ahí están los trabajos estrella, prototípicos, llevados a cabo con pacientes adolescentes afectados de Diabetes Melitus (Fonagy y Moran, 1990; Moran, Fonagy, Kurtz, Bolton y Brook, 1991), tratados individualmente por sus terapeutas y después aglutinados los resultados para estudiar la eficacia de los tratamientos.

Este tipo de estudios se están haciendo bajo los auspicios del *Anna Freud Centre* de Londres y trata de dar un modelo a medias entre el cualitativo y el cuantitativo, intentando establecer criterios comunes a los tratamientos con pacientes de similares características, mediante codificación numérica de los procesos y los conflictos que se evidencian a lo largo del proceso terapéutico.

Resulta interesante ver el camino elegido por estos especialistas para demostrar la eficacia de los tratamientos psicodinámicos, haciendo ver los resultados en el cumplimiento de las indicaciones médicas, por parte de aquellos pacientes que reciben tratamiento psicológico. En esta línea destacan por su sistematización los recientes estudios publicados por Target y Fonagy (1994) y Fonagy y Target (1994) en el campo de la psicoterapia de niños y del psicoanálisis.

Experiencias en tal sentido hay en los más variados campos de la colaboración entre la medicina y la psicología (Flórez Lozano, Valdéz Sánchez y col. 1990a,b; García-Villanova, 1984). Ejemplos son los casos de anorexia u otros tipos de síntomas, cada día más frecuentes, con programas protocolizados de intervención mixtos entre la medicina y la psicología, con mezcla de metodología de abordaje individual y de grupo (APA, 1993; Jeammet, Brechon y col. 1991).

Se consiguen así altos niveles de éxito en el conocimiento y control de los procesos de cura, dentro del corte de edad que estudiamos y sobre el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y la necesidad del cambio que se aprecia. En todos ellos se parte de la tesis de la fuerte influencia que ejercen los estados emocionales en la salud de los pacientes.

3.3.3 METODOLOGÍA ANALÍTICA E INSTITUCIÓN

Más abarcativas son las intervenciones psicoanalíticas aplicadas en instituciones que acogen a niños y adolescentes (Bain y Barnett, 1980; Commins y Elias, 1991; García-Villanova y Escudero, 1985), en ellas se pueden distinguir dos líneas metodológicas diferentes:

a) Algunos casos se abordan, desde el inicio, con un diseño en el que se incluye a todas las personas que trabajan en una institución, o la parte de ellas, que han definido un problema o demanda. Se hace una graduación progresiva de objetivos y se les va dirigiendo poco a poco a la consecución del cambio deseado. Suele hacerse con instituciones educativas en sentido amplio (de protección y tutela inclusive).

b) En otros casos también suelen articularse las intervenciones a través de la planificación del trabajo en grupos, efectuado bajo un detallado análisis institucional. Se inspiran remotamente en los pilares de la psicología institucional que se desarrolló con Bassaglia en Italia y con otros autores en Inglaterra, Francia y Argentina, en los años sesenta y setenta.

Los terapeutas, en ocasiones, seccionan el conjunto de la institución en espacios acotados por la diferenciación de las tareas. Por momentos intervienen directamente los terapeutas y en otras ocasiones realizan la supervisión de los miembros de la institución, que son los que sostienen en realidad la intervención.

3.3.4 METODOLOGÍA ANALÍTICA Y PROCESO EN SALUD MENTAL

La síntesis actual dada como resultado de toda esta confluencia de líneas teóricas y de aplicaciones técnicas, a las que nos estamos refiriendo brevemente, es la inclusión, en los estudios sobre proceso, de la descripción y análisis del marco institucional en el que se desarrollan los Programas de Salud Mental del Niño y el Adolescente.

Su importancia es crucial, ya que se reconoce que tanto la definición del puesto de trabajo, de cara a la selección de los profesionales adecuados para el desempeño

de la labor terapéutica, como la del rol profesional que se debe de desarrollar, y la estructura de los procesos de la programación de la asistencia, connotan, de modo esencial, el diseño de los programas de tratamiento, afectando, por tanto, a las prestaciones que los mismos tienen para los pacientes, lo que en definitiva significa eficacia.

En las últimas décadas hemos asistido a un incremento de los cuidados en Salud Mental desde la perspectiva comunitaria. Así los programas de atención también se han multiplicado desde varias metodologías y técnicas. Los servicios comunitarios se han puesto en funcionamiento para proveer de tratamiento y de apoyo social a pacientes de características muy variadas, tanto psiquiátricas como psicológicas. Por ello los aspectos institucionales siempre están presentes en un estudio como el que aquí se expone.

Varios proyectos se han efectuado para evaluar la práctica clínica que desarrollan los psicólogos clínicos y los psiquiatras, que tratan la población de edad infanto-juvenil. Generalmente intentan describir los perfiles de los profesionales, y las características de sus clientes o pacientes, tanto como la de los abordajes terapéuticos que implementan (Silver y Silver, 1983; Tuma y Pratt, 1982).

No podemos dejar de referirnos a los diversos abordajes que se han desarrollado hasta el momento, para evaluar las actividades definidas en el funcionamiento de los programas de un servicio de Salud Mental, diferenciándose por la precisión metodológica y por la fuente de los datos (Rosenheck, Neale y Gallup, 1993).

a) Hay un tipo de método que se inicia por una fase de identificación de cada uno de los elementos integrados en todos y cada uno de los tipos de tratamiento que se ofrecen y en cada una de las unidades que

componen los programas del servicio en cuestión. A continuación se recogen los datos mediante unas tablas de recuento de duración y frecuencia de los tipos de servicios que se ofertan los pacientes en un periodo de tiempo determinado.

Aunque este método ofrece un alto nivel de precisión y detalle en la información que obtiene, es costoso de desarrollar, exige una cierta cantidad de tiempo para los profesionales clínicos y requiere un esfuerzo permanente en la recogida de datos para asegurarse que se hace bien.

b) Otro de los métodos que se utilizan consiste en disponer de unas parrillas de recogida de los datos de evolución clínica en los que se perfilan y detallan los cuidados que se dan a los pacientes de un dispositivo determinado. Se usan tanto las anotaciones de los terapeutas en los expedientes de los archivos como los que se pueden recoger en unos cuestionarios que se entregan a los profesionales. De esta manera se obtiene información sobre el volumen y tipo de servicios de que se dispone, así como de la naturaleza de las relaciones que se dan en los tratamientos.

Este método es algo menos preciso, ya que de las parrillas de datos se obtiene una información relativamente poco detallada y específica sobre los pacientes. Además el método requiere un gran esfuerzo para el recuento y la extracción de datos de los expedientes, así como para conseguir que los clínicos completen sus cuestionarios correctamente.

El entrecruzamiento de los aspectos de servicio, programa y tratamientos es un punto de vista sobre el que se podría trabajar a *grosso modo*, ajustando la concreción de tan amplio espacio, a la percepción de la tarea de un Servicio

de Salud Mental, con los clientes que lo frecuentan, los cuales en su totalidad saben que se trabaja para poder mejorar el estado de salud y por lo tanto aliviar los síntomas.

3.3.5 EVALUACIÓN DE LOS SEGUIMIENTOS

Nos centraremos ahora en las investigaciones sobre los seguimientos, necesarios para cualquier validación de los estudios del proceso y, por supuesto, para los trabajos de evaluación de resultados.

Requieren ser de relativa duración, escasos meses como máximo, ya que el paso de un período de tiempo mayor, que resultaría corto en los adultos, puede suponer una gran cantidad de cambios en el desarrollo de un niño o un adolescente y puede alterar los resultados que se suponen son debidos al tratamiento que se pretende evaluar.

La posibilidad de planificar seguimientos más amplios lleva inherente desviar la atención hacia aspectos evolutivos, los cuales se pueden ver afectados por el simple aumento de la edad o del desarrollo psíquico, en la población que se observa experimentalmente. No obstante lo cual, también puede ser importante para detallar otros tipos de procesos.

3.3.6 PSICOANÁLISIS Y EVALUACIÓN METODOLÓGICA

El encuentro habilidoso de los problemas infantiles, con una intervención apropiada, es tan importante como una evaluación precisa de la naturaleza del problema. En caso contrario los resultados pueden ser insatisfactorios (Looney,

1984). El hecho de que los problemas de este corte de edad sean determinados por una gran multitud de causas, la buena planificación de la evaluación y la posterior intervención se hace prioritaria para el éxito.

Entre los métodos de diseño de evaluación más usados que encontramos entre los investigadores están los métodos cualitativos y los cuantitativos.

Siguiendo a Freud en su articulo de 1910 para el Congreso de Nuremberg titulado Las Perspectivas Futuras de la Terapia Psicoanalítica, "...la técnica psicoanalítica se propone hoy dos objetivos: ahorrar esfuerzos al médico y abrirle al enfermo un acceso irrestricto a su inconsciente".

También define este autor, en el mismo trabajo, la necesidad de que la técnica experimente ciertas transformaciones según la enfermedad y las pulsiones en juego, a lo que podríamos añadir la edad del paciente y sus condiciones específicas de desarrollo.

Estas ideas se continúan en la serie de textos: Trabajos sobre Técnica Psicoanalítica de 1912 al 1915, Análisis Terminable e Interminable (1937), Construcciones en el Análisis (1937), y en Nuevos Caminos de la Terapia Psicoanalítica (1919), donde relaciona ampliamente las ideas sobre el trabajo con la pulsión y su relación con el objetivo del análisis y los métodos de la terapia. Indudablemente están también los trabajos sobre los casos clínicos, del Hombre de los Lobos y de Juanito (1914 y 1909).

El interés por la psicoterapia surge de la realidad que nos muestra el conocimiento de la enfermedad psicológica de la infancia y la adolescencia, que posee unas cifras sobre trastornos valoradas alrededor del 15% en población general.

3.3.7 EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA: PROCESO Y RESULTADOS

En el terreno del estudio de la efectividad disponemos de los primeros estudios con niños de Levitt (1957), que estudia los resultados de la psicoterapia, en una muestra reducida de estudios de casos de psicoterapia de niños, con problemas de tipo neurótico. En 1963 Levitt (1971) relaciona los resultados con los diagnósticos previos de los pacientes, de modo que elabora una categorización por la que los neuróticos y los delincuentes obtienen los mejores resultados.

El autor plantea que hay un éxito del 67% al 78% en el fin y en el seguimiento respectivamente, aunque según él el tanto por ciento de mejoría en los pacientes que no han recibido tratamiento se halla en el 73%. Por lo tanto la eficacia de la psicoterapia no está probada.

La línea iniciada por Levitt despertó una serie de contra estudios que trataban de rebatir su publicación (Eisenberg y Gruenberg, 1961; Heinicke y Goldman, 1960; Hood-Williams, 1960), que dirigen la atención sobre los aspectos metodológicos para el diseño de los estudios de resultados, en especial sobre la necesidad de considerar los diagnósticos de los pacientes y de sus familias como moderadores del tratamiento y a usar medidas múltiples para examinar los resultados de los tratamientos.

La producción de trabajos continúa extendiéndose (Weisz y col. 1987; Casey y Berman, 1985; Smith y col. 1980; Barrett y col. 1978; Heinicke y Strassmann, 1975), delimitando una especificidad más amplia de los aspectos que hay que tener en cuenta para estudiar los efectos que aparecen como resultados de los tratamientos, entre los que se apuntan los pacientes, los terapeutas y las medidas que propiamente determinan el proceso (Kazdin, 1990).

Circunscribir la medición de los efectos de la psicoterapia psicoanalítica a los criterios de colaboración de los pacientes sometidos a tratamiento psicológico, en aquellos cuidados que requieren las patologías somáticas crónicas, es derivar lo que sería un debate teórico, puede que interesadamente, por el camino del destacar, como primera pantalla, los beneficios que otras ramas de la medicina hospitalaria obtendrían, utilizando el apoyo de los psicoanalistas.

La postura adoptada conlleva, para apoyarse, la demarcación hipotética de un síntoma, el cual se conforma significando que las crisis habituales que se dan en los pacientes, por edad o evolución del proceso de enfermar, es un problema psicológico profundo y mostrado por el síntoma que se define implícitamente entonces a nuestra vista. De igual modo implícito es el acto de adjudicarse, así mismo, el psicoanálisis un campo nuevo de aplicación.

La manera de adjudicar a la temática verbal y psicológica del conflicto expresado por el paciente los avatares del proceso de la terapia somática de un paciente se ha tratado de probar, con un método experimental de sistemática relevante y con mucha valentía por parte de Fonagy, mediante el trabajo sobre las series temporales. El debate entre Fonagy y Kazdin está servido, al igual que entre las corrientes que de alguna manera representan.

A lo largo del proceso terapéutico referido se asocia cualquier conflicto grave intrapsíquico del paciente, con las causas determinantes de los avatares del paciente en el cumplimiento de las normas de autocuidados, mediante la técnica del rastreo verbal analíticamente minucioso sobre la interacción terapéutica.

La técnica descrita, con análisis seriado de los materiales, que incorpora en ello la presencia de observadores independientes, determina con rotundidad la unión entre la palabra y el acto de la transacción sintomática. En ocasiones se apunta

hacia hacer sintomáticas estas relaciones, lo que permitiría apoyar investigaciones estructuradas posteriores, pero la ansiedad que se genera en los círculos didácticos y directivos de las asociaciones escuela es de alto nivel cualitativo, nada más aludir a la posibilidad.

El argumento se puede tratar de descalificar con facilidad si se asocia con la crítica simple que, los detractores del psicoanálisis, con Grünbaum a la cabeza, le han hecho al mismo Fonagy (1990). Argumentan apoyándose en la postura reduccionista que para ellos tiene la teoría psicoanalítica, a la que suponen apoyando la explicación de los conflictos psíquicos en la existencia de un funcionamiento tenaz de numerosos mecanismos psíquicos y refiriendo todo a la realidad de un desarrollo humano dinámico.

También se le acusa de alimentar de manera sistemática la creencia mágica de los pacientes, que adjudican conocimiento por parte del analista del qué le ocurre al paciente. Como conclusión de estos argumentos nos encontramos con un reforzamiento de la idea de la sugestión como substrato real de la transferencia positiva.

La inducción que se puede producir en un tratamiento por parte del terapeuta, está siendo trabajada por Edelson (1986), quien asegura que en la medida en que se refuerzan y ajustan los procedimientos de investigación se podría encontrar los recursos metodológicos suficientes para su eliminación. Sugiere el autor para ello, la utilización de diseños cuasi-experimentales derivados de los estudios de caso único. Recomienda también el uso de modelos causales y de control estadístico, de escalas de medición de las respuestas de los pacientes resistentes a la sugestión. Además el uso de criterios operativos explícitos en la clasificación del material de los tratamientos y, así mismo, disponer de escalas de evaluación que

permitan la valoración de la presencia probable de ciertos de los temas clínicos específicos.

El problema evitado ahora es, en nuestra opinión, el temor a que si estas claves teóricas y reducidas a la máxima condensación en definitiva, son o no las que producen el cambio o la adaptación, considerando la misma en términos positivos y no el aprendizaje de sostenimiento, o maneje, de la relación transferencial paciente terapeuta, en condiciones de malestar y padecimiento crónico.

El balanceo hacia este punto supone apoyar o reforzar a la escuela americana, en el Proyecto Meninger y sus sucesores (Luborsky, 1984) en el *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT), con el trabajo sobre la medición del cambio estructural, mediante el análisis de ciertos aspectos de la trasferencia como indicador válido e incluso predictivo de resultados en psicoterapia, lo cual sería una revolución de generalizarse.

Ha sido en un principio Freud y, salvando las distancias, con posterioridad Lacan de forma algo más radical, quienes han perfilado el alcance del término. Ambos han defendido con tenacidad la idea de que lo que realmente cura al sujeto es el descubrimiento de la verdad. Lo cual parece ser el origen de la confianza por parte de ambos, en que la respuesta del sujeto a la interpretación actúa como validación de la empresa psicoanalítica. Prístina manera de vencer las barreras que plantean los conflictos y sus resistencias.

Otra de las críticas que deben considerarse, es el tema de la validación que los clínicos tienen de sus hipótesis y puntos de vista sobre el paciente, que se obtiene de las propias respuestas del sujeto al que se estudia. Este punto es compartido, curiosamente, con las terapias de tipo conductual y cognitivas que, también, fijan como confirmación del proceso la obtención de mejoría en los síntomas, aunque el

psicoanálisis añade en realidad a este terreno compartido la posibilidad de ser confirmado el terapeuta también, por las asociaciones libres del paciente, en el sentido más freudiano del término.

Cada uno de los sistemas de trabajo que ha conseguido algo de éxito, con cualquiera que sea la patología o el síntoma, ha sido proclamado inmediatamente a los cuatro vientos, en publicaciones que dan cuenta del nacimiento de una técnica psicoterapéutica efectiva, e inmediatamente se ha intentado crear una escuela. De manera que se pueden llegar a contar hasta 230 de ellas para niños y adolescentes y hasta las 400 si se incluyen los adultos (De Karasu, Kazdin y col. 1995).

Entre la serie de problemas epistemológicos, que deben de ser vencidos antes de importar ciertos hallazgos desde los laboratorios de ciencias neurológicas o cognitivas al psicoanálisis, están los propios encuadres. Ellos son los que facilitan el acceso a toda una información, que no se puede conseguir más que en tratamientos de larga duración, a su vez cumplen la función de custodiarla, evitándolo. Con lo que el controvertido tema se convierte de esta suerte en un aliado, en lugar de un inconveniente, como suele espetársele. ¿Se podrá encontrar otra defensa protectora en algún otro lugar de la información, que no necesite de la anterior, liberando así parte de la materia prima en el interesado mercado científico?.

No obstante se puede disponer de métodos relativamente consensuados que sirvan de marco estandarizado para llevar a cabo la función de la observación investigadora. Uno de ellos se lleva a cabo con terapeutas bien entrenados, de manera que provoquen la menor interrupción posible en la obtención de la información. En esta misma línea hoy en día se puede mantener al terapeuta trabajando con su paciente y, mediante grabaciones, obtener rica y compleja

información del proceso, sin que se interfiera con alteraciones en el curso del pensamiento y ni de la comunicación.

Por ello es muy importante tener en cuenta, de cara a tomar en consideración otros trabajos, más allá de lo puramente clínico, que debemos tratar de incrementar seriamente los sistemas de validación internos, para la recopilación de los datos en encuadres clínicos, en toda la metodología psicoanalítica. De forma que se pueda responder a los estándares requeridos por los métodos más *científicos, preservando a la vez el sutil y complejo fenómeno clínico que se* produce entre el terapeuta y su paciente en la cura psicoanalítica. Uno de los espacios en los que se percibe menos daño para el acceso de las nuevas técnicas auxiliares es en el de la psicoterapia, sea esta breve o no, donde a la corta no parece que se arriesgue tanto, como si fuera la hermana pobre y sosteniendo la escena todavía más alejada de la sistemática a la cura tipo, como el bien más preciado.

Además de la discusión precedente, nos encontramos con otra equivalente al definir uno a uno los elementos conceptuales que le incumben a la psicoterapia psicoanalítica, arduamente debatidos al interno de la propia corriente teórica. En lo que respecta al establecimiento de encuadres: tiempo, espacio, contenido y método. También en lo relativo a la táctica y la estrategia de intervención, número, frecuencia de las sesiones, objetivos de cada una de ellas, (Barnett, 1991; Heinicke y Ramsey-Klee, 1986) y el lugar de los padres en las mismas, así como a la voluntad de los propios sujetos para colaborar y los efectos que se puedan detectar y evaluar, como cambio, con todo lo anterior (Kennedy y Moran, 1991; Szapocznik, Rio, Richardson, Alonso y Murray, 1986, 1987, 1991). Así mismo es de máxima importancia la posibilidad de profundizar, o definir, algunas líneas de trabajo sobre los aspectos relacionados con la figura del/a psicoterapeuta (Phillips, 1987).

Otro gran nudo vinculado al tema propuesto es el que forman los aspectos relativos a la descripción sintomatológica, su relación con la psicopatología psicoanalítica y, por tanto, la determinación de cuadros clínicos y su contexto, (Phillips, 1987), debate que hemos desarrollado en algunos de sus aspectos más importantes en este trabajo.

Por otro lado determinar, sin ánimos de ser exhaustivos, los elementos que definen la cura también posee interés suficiente para ser incluido dentro de la investigación. Todo ello permitiría profundizar en el controvertido problema de la diferenciación de los tipos de casos, dentro de la panorámica de la infancia y la adolescencia, (Wilner, Freeman, y col. 1985).

Kazdin, Siegel y col. (1990) dicen que es importante identificar los factores específicos que contribuyen al cambio terapéutico. Para ello desarrollan una encuesta entre profesionales, psicólogos y psiquiatras, para determinar tales factores. Encuentra que los terapeutas proponen como factores relativos al cambio el diagnóstico de la disfunción del paciente, la gravedad y la duración del problema, la motivación para el cambio, la conciencia de enfermedad y la presencia de otros problemas. Por parte de los padres se proponían la colaboración y la implicación en el tratamiento del hijo, vida familiar estable y ausencia de problemas clínicos en ellos mismos. Por la parte de los terapeutas parece que se considera la relación terapéutica, la experiencia del terapeuta y el *entrenamiento o formación.*

Los estudios controlados para determinar los factores que identifican optimamente los resultados de un tratamiento, contribuyen de manera destacada a la práctica clínica.

Para concluir, y de forma general, una vez revisados los estudios que se refieren al problema del proceso y resultado en psicoterapia psicoanalítica, subrayamos la importante necesidad de prestarles mayor atención al desarrollo y diseño de las investigaciones sobre proceso y resultados en la psicoterapia de niños y adolescentes. Necesidad que se ha ido mostrando con los anteriores trabajos, a lo largo de los últimos años. De igual modo a la categorización de técnicas auxiliares, en lo que al seguimiento y al emplazamiento de los pacientes en el medio social se refiere, más importante cuanto más gravedad revista el caso (Kazdin, 1990).

3.4 PRINCIPALES MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Los proyectos a los que nos vamos a referir se agrupan en varios bloques, en los cuales se estudian las relaciones diversas entre el material clínico de los pacientes y otras variables de importancia para el psicoanálisis.

3.4.1 EPISODIOS COMPARADOS

Uno de ellos se apoya en la segmentación de las observaciones psicoanalíticas en episodios comparables. En este método, uno de los aspectos del proceso psicoanalítico, por lo general la concordancia entre dos acontecimientos que se pretende están relacionados por casualidad, es extractada repetidamente desde diferentes segmentos de la transcripción de un tratamiento determinado. A modo de ejemplo podríamos hacer referencia a cualquier síntoma y su determinante inconsciente.

Este método trata de identificar la probabilidad de concurrencia de dos fenómenos y, si uno de ellos tiene un punto de comienzo suficientemente específico, se considera que el episodio precedente al acontecimiento puede ser contrastado con otros episodios seleccionados al azar, para reforzar el argumento de la casualidad, demostrando así la existencia de relación mediante un vinculo temporal.

Luborsky (1984) y sus seguidores, desarrollan este método hasta conseguir una técnica cualitativa muy practicable y con una buena base objetiva estadística.

Lamentablemente se encuentra aún en estudio la posibilidad de ser aplicado a pacientes de corta edad, niños o adolescentes. La mayor dificultad está en incorporar suficiente rigor metodológico a las características de su particular manera de expresar verbal, lúdica y corporalmente la vivencia de un conflicto.

En esta interesante línea de trabajo se encuentran los trabajos de Paulina Kernberg (1992) y Consuelo Escudero (1998). La primera aboga directamente por diseñar un método, el cual pueda sistematizar la actividad lúdica que se da en la técnica terapéutica psicoanalítica llamada hora de juego. En el caso de la segunda de las autoras, más firmemente vinculada a la línea luborskiana, no dudamos en absoluto del interés que tiene el logro de alguna fórmula sencilla de aplicabilidad estandarizada de los métodos de evaluación objetiva de la trasferencia, dada la gran complejidad de la misma, para los/as terapeutas de niños y adolescentes.

Dificultad de valoración añadida es la consideración que supone el juego como el mejor agente terapéutico en las terapias psicodinámicas, tema que no lo considera en lo absoluto el meta-análisis (Kernberg 1992). Los investigadores de orientación analítica no han desarrollado el método para medir la técnica. La posibilidad de clasificar también al terapeuta, en términos de experiencia y de actitud, debe de ser parte del diseño de una investigación. La modalidad de tratamiento debe de ser claramente definida, para que se pueda saber nitidamente lo que se quiere decir cuando se habla de qué tipo de terapia, con qué tipo de paciente y con qué tipo de terapeuta.

Es necesario definir los rasgos específicos de la técnica, de forma que se puedan seguir de cerca los procesos de adherencia al tratamiento. Así se podrá saber si el terapeuta hace aquello que dice hacer.

3.4.2 LAS SERIES TEMPORALES

El otro bloque es el que específicamente se desarrolla en el *Anna Freud Centre*, tratando de proponer un modelo de sólida base matemática para las fluctuaciones observadas a lo largo de períodos completos de tratamiento psicoanalítico. En contraste con el bloque anterior, basado en la replicación contrastada de los llamados episodios de relación, este nuevo aporte se basa en apoyar cualquier forma de medida que se pueda tomar a intervalos aleatoriamente similares en un número amplio de ocasiones.

Expertos independientes evalúan y puntúan el material obtenido de los largos tratamientos, lo que se constituye en unas series apropiadas. Puesto que el número de observaciones que se requieren para hacer una serie temporal es alto, la técnica permite una adaptación perfecta a la propia frecuencia, en sesiones y semanas, de cada tratamiento, constituyéndose como momentos de información idóneos, para engrosar la base de datos. Toda la comprobación estadística fue llevada a cabo con el modelo ARIMA.

El campo de aplicación de dicho proyecto es la exploración de las funciones psicológicas, conscientes e inconscientes, que perturban el tratamiento de la diabetes y sus consecuencias en un encuadre individual de orientación psicoanalítica. Para lo cual establecen la hipótesis de que el material clínico dado en el curso de un tratamiento de un niño podría aportar un soporte suficiente para la regulación de las fluctuaciones de la glucosa en sangre en el día a día.

El trabajo base consiste en realidad en hacer público un informe de supervisión de la *International Psychoanalytic Asociation* (IPA). El caso prototipo que se describe, muy interesante en su presentación, es el de la paciente nombrada como Sally, derivada para tratamiento por causa de las dificultades que otros abordajes

anteriores, tanto médicos como psicológicos, han tenido para ayudarle a mejorar su diabetes aguda.

Los episodios de hipoglucemia y cetoacidosis habían sido recurrentes y permanentes a lo largo de su vida. Había sido monitorizada diariamente y a pesar de ello no obtenía mejoría, ni tampoco durante los primeros momentos de su tratamiento psicológico. Se obtuvieron mediciones semanales de su estado de salud y también de su proceso terapéutico, el cual se usó como base de la evaluación del estado clínico de la paciente.

El terapeuta presentaba semanalmente informes pormenorizados, que se basaban en las notas tomadas inmediatamente después de las sesiones terapéuticas, con una extensión de tres páginas cada uno. Se resumían los temas más importantes de las sesiones de la semana, ilustrando de tal manera las dificultades y las ansiedades, la comprensión que el terapeuta iba adquiriendo y las interpretaciones que ofrecía, así como las respuestas del paciente.

Todos los informes así obtenidos, se condensaban en un trabajo final que fue estudiado con el objetivo de extractar los temas analíticos más relevantes, definiéndolos a la vez y anotando su presencia o ausencia en cualquiera de los informes semanales dados a lo largo del tratamiento. Con este invento consiguen hacer operativas 10 de los 18 aspectos cruciales en la clínica de Sally. Con ellos identifican cinco temas analíticos, conflictos intrapsíquicos, que conciben como parte de la estructura psicopatológica que subyace en el trastorno de mal manejo de la enfermedad por parte de la paciente.

3.4.3 ANÁLISIS DE CONTENIDOS EN EL CASO SALLY

En el análisis de los materiales del llamado caso de Sally se proponen dos grupos de temas

BLOQUE TEMÁTICO A

a) Sentimientos de no ser amada por su padre, rabia contra él por su falta de respuesta afectiva y frustración en su deseo de ser amada, admirada y valorada por él.

b) Rivalidad con su madre por el amor y la atención que le dirige el padre.

c) Sentimientos de ambivalencia hacia su madre por la enfermedad psiquiátrica de ésta cuando Sally tenía 6 años.

d) Ansiedad y culpa por los deseos de muerte sobre sus padres y los familiares que le desagradan.

e) Conflictos con los temores asociados con la diabetes, la vez basados en criterios de realidad y distorsionados por los procesos defensivos.

BLOQUE TEMÁTICO B

Además de este primer bloque, presentan un segundo bloque de temas analíticos considerados de importancia comparable, en los síntomas presentados por la paciente, a saber:

a) Imitación de los chicos y todas las fantasías relacionadas.

b) Ansiedades fóbicas en conexión con la asistencia al colegio.

c) Intención autopunitiva fantaseada o actuada.

d) Ideación relativa a verse a sí misma dañada por la enfermedad.

e) Resistencias al progreso terapéutico, manifestadas a todo lo largo del análisis.

Todo el material fue definido de forma operativa con cada conflicto y cada categoría sintomatológica, para poder facilitar la valoración de presencia o ausencia en cada uno de los informes semanales mencionados anteriormente. Cada categoría operativa usada para identificar un conflicto fue categorizada y ejemplificada, con un conjunto de instrucciones para uso de los evaluadores objetivos.

Las evaluaciones de los informes semanales fueron verificados además por dos evaluadores independientes, también psicoanalistas de niños acreditados, puntuando con una escala de cinco puntos que oscilaba entre completamente presente a completamente ausente. Se evaluó la fiabilidad entre los evaluadores. Se alcanzó significación estadística en seis de las siete correlaciones hechas.

En el curso del tratamiento se aprecia una importante mejoría en el control de la diabetes, concordante con el incremento del conflicto psíquico aparecido en el material clínico y un descenso general de la sintomatología médica. De igual manera sorprendente se apreciaba que la mejoría del control de la diabetes incrementaba la posibilidad de manifestaciones psicopatológicas en el transcurso de las dos o tres semanas posteriores.

A partir de estos datos se elaboran una serie se argumentos de corte psicoanalítico que indican la efectividad de la relación terapéutica, la reducción de la necesidad de transgresión del tratamiento, de la culpa y de la ansiedad. Aunque en la descripción del proceso de análisis y valoración de la información no se habla nada del substrato transferencial que sirve de soporte a todo el tratamiento y también sobrevaloran el alcance de la metodología planteando que otros factores fisiológicos, como la afectaciones provocadas por la resonancia psíquica de la menstruación, pueden ser superadas por la metodología de las series temporales de análisis, lo cual nos parece necesario comprobar.

Para los autores del trabajo la presencia, e interpretación, de un conflicto psíquico predecía una mejoría del control de la diabetes. El debate se mantiene aún sobre los términos de si es la interpretación la que produce la mejoría o no, si son las respuestas emocionales asociadas con el insight, más aún que el propio insight, las responsables primeras de los cambios que posteriormente se detectan en la sangre.

3.4.4 ESTUDIO CONTROLADO DE RESULTADOS

En otro estudio posterior, de Tattersall y Walford en 1989, se propone que la diabetes en niños y adolescentes sirve de moneda que paga las necesidades que se tienen de amor, protección, aprobación o escape, de conflictos que, de otra manera, serían irresolubles. Se construyen adaptaciones neuróticas de la ansiedad y la culpa que despiertan los conflictos inconscientes, a modo de transgresiones del régimen indicado por los médicos.

Fonagy y Moran (1990) parten de la base de que la psicoterapia puede ayudar a los pacientes con diabetes simple a que alcancen un conocimiento suficiente de

los desencadenantes preconscientes de la transgresión del régimen, mediante la provisión de una toma de conciencia sobre los conflictos, ansiedades y defensas desadaptativas que afectan al cumplimiento del tratamiento.

La tesis principal consiste en que el tratamiento psicológico aportará cambios favorables en la calidad de la adherencia al régimen de tratamiento y que ello se reflejará en las mediciones que se producirán para el control metabólico del niño.

En su estudio sobre 22 niños y adolescentes dividió la muestra en dos bloques con las mismas características clínicas, en cuanto al tamaño de los ingresos y a la evolución de sus tratamientos, en los tres años anteriores. Al grupo de control no se le ofreció tratamiento psicoterapéutico.

Los criterios de inclusión fueron la edad, entre los 6 y los 18 años, un proceso mórbido de dos años, el ajuste a los criterios diagnósticos de la diabetes y la ausencia de problemas psicóticos o de problemas de aprendizaje. Los criterios operativos para el diagnóstico fueron de al menos dos episodios de hipoglucemia o hiperglucemia en los tres meses anteriores, indicadores claros de interrupción significativa de la vida familiar o escolar del niño, identidad del diagnóstico de diabetes en su cronicidad, identificable ya seis antes de la derivación y un mínimo de dos ingresos hospitalarios por la diabetes en el último año.

Los pacientes fueron tratados con método psicoanalítico por dos analistas de niños entrenados del *Anna Freud Centre*, supervisados con regularidad por dos analistas reconocidos y con informes de todos los pacientes, enviados al personal de dicha institución. Con la evaluación inicial se describieron las condiciones en las que se encontraba el paciente, según las pruebas aplicadas y se elaboraron hipótesis dinámicas, intrapsíquicas e interpersonales, sobre las probables causas de su alteraciones del régimen de la diabetes (Moran, Fonagy, Kurtz, Bolton y

Brook, 1991). El encuadre supuso 2-5 sesiones semanales de 45 minutos de duración con por un tiempo total entre 5 y 28 semanas. Se tuvieron en cuenta la edad en la fecha de comienzo del trastorno, historia del manejo de la enfermedad, historia educativa y toda una serie de parámetros relativos a las relaciones familiares.

Los padres fueron informados de todas las características del tratamiento, variando su implicación según la edad de los pacientes y de las hipótesis planteadas en la evaluación. En algunos casos se les asignó un/a asistente social para que les ayudara en el manejo de los problemas de su hijo/a y también para explorar en que contribuían ellos al problema de su hijo/a.

El perfil de abordaje del terapeuta era a través de preguntas, no aludiendo a los temas de forma directa, sino con preguntas; reconociendo previamente las dificultades y frustraciones del paciente con su patología; tratando de mostrar que tiene un aliado en el terapeuta; teniendo en cuenta de manera capital por parte del terapeuta que aunque muchos de estos pacientes podrían mostrar un reducido nivel de ansiedad frente al régimen y sus condiciones, esto es sólo es el esfuerzo del paciente para enfrentarse con anticipación a la crítica y evitar la ansiedad que se levantaba por la verdadera contemplación de la gravedad de la situación.

El material de las entrevistas de los padres y las de los hijos se revisaban continuamente en un esfuerzo por afinar más las hipótesis relativas a los factores que subyacían en la no adherencia al régimen de la diabetes. Sirviendo como base de esta compresión los terapeutas intentaban identificar y verbalizar los conflictos de los pacientes, para clarificar los caminos por los que el desorden en la diabetes pudiera estar expresando o distrayendo la atención del niño hacia ciertos deseos reprimidos.

De la misma manera a los *insights* derivados del tratamiento se les hacía un seguimiento, para permitir al niño mejorar su capacidad para manejarse con los pensamientos y sentimientos inconscientes, los cuales provocaban la necesidad de auto punición, mediante un decidido desequilibrio de la diabetes, totalmente inducido.

En general los vínculos entre las perturbaciones psicológicas y los desórdenes de la diabetes se exploraron para ayudar al paciente a interrumpir las actuaciones de sus conflictos en conductas que ocasionaban desarreglos metabólicos.

Todos aquellos relacionados con el tratamiento del paciente: el terapeuta, los padres, los profesionales trabajando con los padres y el personal médico y de enfermería, se reunían con regularidad para discutir el manejo del paciente en el ingreso. Como parte de la terapia el personal de enfermería y medicina era animado a confrontar a los pacientes con sus transgresiones del régimen diabético. Nunca tales confrontaciones eran para revelar rechazo o crítica, sino para mostrar la necesidad al paciente de permanecer en el hospital, para salvaguarda de sus conductas destructivas. Se preveía que tales momentos de confrontación reforzaban la alianza y el trabajo terapéutico.

Los pacientes del grupo de control recibían también evaluación sistemática, aunque de manera menos intensiva que el grupo tratado. Se les veía de una a tres entrevistas de evaluación y se les refería al trabajo médico normalizado, se les proveía de contacto con un psicólogo o psiquiatra, pero no se les ofrecía ni administraba ayuda psicoterapéutica.

En el terreno de los resultados exponen que la diabetes leve implica una secuencia interactiva de cambios entre sistemas interdependientes en varios niveles:

a) Las propiedades físicas de los fluidos corporales: sangre, metabolitos, PH, electrolitos, etc.

b) Síntomas como son: hipoglucemia, hiperglucemia, deshidratación, acidosis, etc.

c) Reacciones cognitivas y emocionales, como son: preocupación, ansiedad, rabia, malestar, etc.

d) Reacciones conductuales como son: intentar controlar el nivel de glucosa en la sangre y el mal manejo voluntario.

El factor edad en los pacientes se debe ver como un pasillo común, por el que un cierto número de indicadores de mal manejo de la diabetes van a lograr obtener su efecto. No obstante es tan difícil identificar un solo indicador de trastorno metabólico como lo es el establecer una sola medida de resultados de la intervención psicológica en el caso de los trastornos mentales.

En algunos casos la mejora del control del régimen de la diabetes se consiguió sin que hubiera una substancial mejora de los problemas psicológicos del paciente, pero los indicadores de éxito de la intervención que se establecieron fueron la calidad del control de la glucosa en sangre más que los cambios psicológicos consecuentes por la intervención psicoanalítica.

Los resultados son considerados consistentes con el punto de vista de que la diabetes simple está causada por el investimiento de la enfermedad o del tratamiento con aspectos emocionales significativos, lo que lleva a descuidos que hacen temer por la vida del paciente en contra de lo que sucedería con un cuidado normal de la enfermedad. El primer objetivo de la psicoterapia en hacer

conscientes los conflictos específicos y las ansiedades que se han entretejido con el régimen y con ello liberar el manejo de la diabetes de los efectos desadaptativos de la formación de compromiso neurótica.

Entre los límites del estudio se encuentra el que los pacientes del grupo de control no se podían comparar en cuanto a la cantidad de atención profesional que recibieron, aunque tenían comparables niveles de afectación mórbida. Un grupo comparable en expectativas y en tiempo de terapeuta no hubiera sido posible en un principio para probar la eficacia de los tratamientos.

Una vez validado el proyecto se requieren más trabajos para establecer que el componente efectivo es el *insight* más que el placebo. No obstante, la gravedad y la cronicidad del grupo de pacientes estudiado, combinado con el hecho de la tendencia a recibir una enorme cantidad de apoyo de sus médicos y enfermeras, invalida la idea de que los pacientes del estudio hubieran podido mejorar solamente como resultado de la atención recibida.

El estudio sistemático de los casos individualmente demuestra con suficiencia la estrecha relación temporal entre las fluctuaciones de la glucosa en sangre y la toma de conciencia adquirida durante el transcurso del tratamiento. Aunque sea tentador extrapolar del caso individual a la intervención grupal, se necesita disponer de sistemas de valoración de mejoras producidas por el método experimental evaluado para poder asegurarse de que las técnicas psicoterapéuticas usadas tienen relación causal con los progresos observados tras el tratamiento.

Sin resistirse al tema de que no hubiera un efecto específico del tratamiento, el estudio no puede revelar qué componentes del complejo programa de tratamiento sí serían particularmente efectivos. Dado que los grupos no fueron seleccionados

por el tiempo de estancia hospitalaria, ni por la provisión de personal de planta con formación psicoanalítica, se podría afirmar que fueran estos, más que los componentes psicoterapéuticos, los definitivos para conseguir los logros clínicos.

3.4.5 EL DISEÑO EXPERIMENTAL DEL CASO ÚNICO

El estudio intensivo de un paciente ha contribuido de manera muy importante en el diagnóstico, la descripción y el tratamiento de variados trastornos psicopatológicos (Kazdin, 1983). En numerosas ocasiones ha sido el camino de comienzo para percibir patologías nuevas, describiendo casos individuales elemento por elemento. Freud fue uno de los grandes expertos en ello con sus historiales clínicos: el pequeño Hans, Anna O y tantos otros.

Bien es cierto que esta metodología no siempre se puede considerar un procedimiento científico, porque no tiene sistemas de control estandarizados, sino que suelen permanecer en los anales secretos de las supervisiones privadas. Al encontrarse en tan precaria situación, es difícil deducir patrones para trabajar con población general, que se suelen obtener por estudio estadístico de un grupo de características previas definidas con anterioridad.

Hay, no obstante, una serie de características mínimas que constituyen una guia para la práctica de la investigación, entre las que se encuentran:

a) Definición de los objetivos que se van a focalizar en el tratamiento. Lo que significa que se van a seleccionar métodos de medida que den cuenta del cambio.

b) Evaluación continuada y periódica.

c) Evaluación de las diferentes bases o bloques que se pueden desarrollar en los tratamientos: los que no continúan, los que abandonan, los que vuelven, etc.

d) Valoración del impacto del tratamiento.

Requiere esta metodología unos principios de orden que aseguren la seriedad y rigor del estudio, por lo que se exige una descripción detallada del proceso y estabilidad en la intervención, ya que si se producen grandes cambios no se puede valorar con sufiente apreciación el detalle. Este último aspecto del detalle lo hace idónea para detallar algunos rasgos a destacar de los sujetos incluidos en muestras cuantitativas.

El *Anna Freud Centre* también ha apoyado algunas investigaciones con metodología de caso único, que han sido grabados para mejor comprobación de los procedimientos y los datos. Con el mismo proyecto han tratado, también, de superar la prueba de la lógica, argumento que tanto han usado los críticos para atacar al psicoanálisis. En numerosos ámbitos teóricos, de preferencia la orientación cognitiva o conductista, han intentado minusvalorar o denigrar la metodología analítica por carecer de lógica, ser oscurantista, no poder ser observable, etc.

Mediante la publicación de experiencias analíticas descritas con metodología de caso único se ha tratado de salvar, en el mismo intento, otros supuestos epistemológicos criticados que, por el contrario, dan integridad a su técnica: el de complejidad de su teoría, basada en elementos de difícil observación por los no iniciados, el de excesiva profundidad de la inferencia, con sus interpretaciones de relativa estructura lógica con el material verbal presentado, etc.

Debe este tipo de diseño mucho a los investigadores del análisis de la conducta aplicado. Es evidente que aporta una gran mejoría con respecto a los métodos de recopilación de datos tradicional del psicoanálisis, ya que introduce rigor en la recopilación y en el análisis de la información. La importancia de lo causal es indudablemente reforzada mediante una cuidadosa atención a la seria categorización proporcionada por un buen análisis cualitativo, por el enfoque en las asociaciones cronológicas aseguradas por diseños cualitativos y por el refuerzo de la validación externa, que puede ser proporcionada por una interpretación cuasi-experimental.

Aún se dará un paso más grande en la mejora de la validación externa si los investigadores psicoanalíticos tienen la posibilidad de manipular aspectos concretos de las condiciones a las que los pacientes son expuestos. Estas son del tipo de manipulaciones que son asumidas por los estudios experimentales de casos individuales.

Es común para estos estudios, el principio general de mantener constantes todos los factores, excepto las variables independientes que se sitúan bajo estudio. Esta metodología del diseño experimental del caso único, que se debe a los investigadores del análisis de conducta aplicada, tiende a investigar tratamientos de pacientes que producen rápidos y claros cambios observables en la conducta, en el contexto de unos problemas cuidadosamente delimitados.

Puesto que hay diferencias básicas tanto en la técnica como en la cosmovisión que proporciona la concepción psicopatológica, la aplicabilidad directa del método al psicoanálisis es necesariamente limitada. Es muy difícil visualizar desde el contexto de un tratamiento psicoanalítico un grado comparable de control sobre el ambiente.

Es muy improbable que los psicoanalistas se vean a ellos mismos capaces de manipular artificialmente las condiciones de los tratamientos. Se debería, pues, aceptar que muchos estudios de casos individuales psicoanalíticos dependerán de exámenes posteriores con escalas validadas y distribuidas al azar en los puntos en los que los tratamientos sean comprobados.

En los diseños tradicionales psicoanalíticos la observación se inicia con el propio tratamiento. En otras metodologías se establece un tiempo previo en el que se observan uno o más aspectos de los problemas del individuo antes de que se inicie el tratamiento, tal como la frecuencia de ocurrencia, la intensidad, etc. Una variedad de factores pueden causar los cambios en los trastornos de los pacientes que son independientes del efecto del tratamiento, como la historia, la maduración, etc.

En estudios donde la magnitud del problema del paciente puede monitorizarse longitudinalmente, el deterioro de los instrumentos de medición puede ser mencionada como una posibilidad añadida. Esta clase de factores pueden ser mencionados de hecho y controlados, por si se valora en los datos de partida de los problemas.

3.5 LA TOMA DE DECISIÓN PARA LA PSICOTERAPIA

La toma de decisión para iniciar un tratamiento psicoterapéutico se suele suponer delegada a los padres, por ser los interlocutores responsables de la salud de los niós y adolescentes. La importancia del tema requiere tratarlo de manera algo más extensa, ya que puede afectar a los resultados de los tratamientos mismos, sin ánimo de restar valor a las repercusiones éticas que pudiera tener en una investigación (Pedreira, 1998, Munir y Earls, 1992).

3.5.1 EL PACIENTE

En cuanto a lo relativo a las actitudes profesionales en la práctica clínica recordemos que, con clientes menores de edad, nos surge la necesidad de valorar lo referente a la capacidad de decisión de dichos pacientes para participar por deseo propio en un tratamiento psicológico. Tal aspecto es de suma importancia y se vincula íntimamente con la motivación al cambio (Adelman, Kaser-Boyd y Taylor, 1983).

Adelman y col. (1983) plantean una investigación muy interesante sobre la aceptación voluntaria del comienzo de un tratamiento, en el caso de los púberes y adolescentes. Consideran que un juicio de tal naturaleza se les puede tener en cuenta desde el inicio de las operaciones formales piagetianas, que en el niño es a partir de los 11 años y ya pueden acercarse a los procesos de razonamiento, atribución, toma de decisiones y comprensión del futuro,

propias del adulto, en lo que se refiere a las funciones de la inteligencia al menos.

El problema puede chocar con aquellos que argumentan dar, en la mayoría de edad civil, la responsabilidad de decidir sobre su tratamiento, al igual que para la toma de las otras decisiones vitales también, pero desde la psicología podemos argumentar con sencillez que también hay adultos que dejan mucho que desear sobre esta capacidad de la que hablamos.

No obstante sobre este polémico tema se plantean dos posiciones principales:

a) La que recalca los aspectos negativos que se derivan del planteamiento, que pone de relieve que se puede incrementar la ansiedad del niño, que puede también afectar negativamente al concepto de si mismo o que puede poner en movimiento profecías autocumplidoras y a la postre exacerbar los problemas del sujeto.

b) La que recalca los aspectos positivos subrayando los beneficios que se desprenden de semejante posición, en términos de valoración ética de la infancia (Pedreira, 1998), de respeto hacia sus procesos y de legalidad o defensa de los derechos civiles que todo sujeto tiene.

Además se destaca que los sujetos que son preguntados sobre su voluntad para un tratamiento mejoran en capacidad de elección, control sobre sí mismos y autodeterminación. En ocasiones se les da a elegir incluso el tipo de terapia que se les va a aplicar, pero en general sí destaca que tienen un menor volumen de abandonos, especialmente si se les informa sobre qué es la psicoterapia y pueden participar en la toma de decisiones e incluso en la evaluación de los pasos del tratamiento.

Los estudios al respecto indican que hay una mejoría de resultados en los pacientes a los que se ha pedido, de forma explícita, su participación y se les ha evaluado que están bien motivados, no tanto en el interés por el comienzo de la terapia, como de cara a la participación en ella. El interés que despierta el tema hace sugerir que se estudie más este aspecto, que influye de manera importante tanto en la motivación como en la transferencia.

Consideran los profesionales que hay entre un tercio y un cuarto de pacientes que no están en condiciones de decidir o que renuncian a ello en contra de la indicación profesional. La edad inicial de consentimiento debería situarse en la aparición de las operaciones formales, o sea, alrededor de los once años. Si bien en la latencia se puede estar en condiciones de tomar un papel activo (Diatkine, 1982), la edad de consentimiento aumenta sensiblemente a partir de los trece o catorce años.

El debate se encuentra abierto y es importantísimo para establecer la autonomía y el respeto a la intimidad del paciente menor de edad, a pesar de lo razonable que pueda parecer una indicación de tratamiento, por otra parte tan respetada en los adultos, incluso en aquellos cuya patología es causa de gran interferencia en el trato con los que le rodean.

Por el momento, como vemos, la opinión de los especialistas se encuentra claramente dividida entre los que opinan a favor, por el aumento de la motivación, el refuerzo de la transferencia, la disminución de las resistencias y el aumento de la capacidad de la propia determinación. Del otro lado se encuentran los detractores de dicha postura, que alegan que los adolescentes delegan siempre las decisiones de peso en los demás, su alta tendencia al acting-out y el posible aumento de la ansiedad derivada de la toma de la decisión. En la diatriba, los aspectos legales y éticos también están en juego.

Los autores subrayan la necesidad de abrir nuevas investigaciones, más profundas, sobre la participación de los niños y adolescentes en la toma de decisiones de un tratamiento. Tratan de impulsar los estudios de conexión de esta participación con la preparación de su motivación para el tratamiento. También sobre la relación entre la adaptación al tratamiento y los aspectos demográficos, motivacionales y otros antecedentes de tipo longitudinal. Finalmente las relaciones entre las variables especificadas y las variables de ajuste inicial al tratamiento y los resultados a corto plazo. De especial interés es el estudio que se presenta lo relativo a los pacientes que son reacios a participar en un tratamiento y su perfil psicológico.

3.5.2 LOS PADRES

Si bien la decisión de acceder a tratamiento por parte de los pacientes es importante, por la influencia tan grande que tiene en el proceso y los resultados, no menos importante es la decisión de los padres.

Salvo que los terapeutas de los Servicios Públicos, por su gratuidad en España, sean abiertos y acepten tratar menores sin el consentimiento paterno, son los padres los que tiene la última palabra para que se inicie el proceso trapéutico.

La derivación para evaluar el caso es algo que se dirime en la Atención Primaria de Salud, entre el médico y el paciente y sus padres. En opinión de Menahem, Lipton y Caplan (1981) hace falta una cierta actualidad de los síntomas, junto a la creencia de que van a ir mejor las cosas, para que los padres y los hijos no se resistan a la indicación. Al parecer influye, así mismo, la creencia de que irán peor o se cronificarán los problemas ayuda también a la toma de decisiones, junto con

la idea de que puede ser que influya significativamente en el desarrollo posterior de su personalidad.

Otro bloque de influencia es que se tenga una buena imagen profesional del médico y una relación positiva con él (Mira, Fernández-Galino y Lorenzo, 1997), valorando su experiencia, al igual que creer que el profesional al que se les deriva es bueno y competente.

Ocupa un lugar destacado el que se sepa que sus conflictos como padres no se van a tocar, salvo que ellos mismos estén buscando tratamiento mediante el acercamiento al tratamiento del hijo.

II ÁMBITO CLÍNICO OBJETO DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV

LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PÚBLICO

II ÁMBITO CLÍNICO OBJETO DE INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IV

LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PÚBLICO

La atención en Salud Mental en España, hasta 1982, era cubierta por una multiplicidad de Servicios de distinta dependencia patrimonial totalmente desconectados entre sí, básicamente reducida a los hospitales psiquiátricos, en su mayoría a cargo de las Diputaciones Provinciales, las consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social (INSALUD) y un conjunto heterogéneo de centros de Salud Mental y camas en hospitales generales universitarios (Mº de Sanidad y Consumo 1982).

4.1. LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En este contexto (OMS, 1984, White y Mercier, 1991), la Diputación de Madrid crea en 1982 el Instituto de Salud Mental (INSAM), sentando las nuevas bases para la reforma de la asistencia psiquiátrica.

La Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Madrid, surgido en 1984, asumió a través del Servicio Regional de Salud, la línea de trabajo y el modelo propuesto por el INSAM (Muñoz y Calvé, 1983; Muñoz y Prieto-Moreno, 1983), modelo que descansa en los principios de la Ley General de Sanidad (1986).

Siguiendo las líneas emitidas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, tanto en su Documento de Política Psiquiátrica como en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1984, 1985), (Mira, Fernández-Gilino y Lorenzo, 1997), se inicia la Reforma Psiquiátrica, que es concretada por la Comunidad de Madrid en el Plan de Acciones en Salud Mental 1989-1991 (1989).

4.1.1 OBJETIVOS SANITARIOS

Los objetivos sanitarios generales de la CAM se pueden resumir en:

a) Cobertura Universal para la población de Madrid, territorializada en Áreas y Distritos Sanitarios e integrada en la Sanidad General.

b) Red única de Servicios, optimizando los recursos existentes.

c) Transformación de los hospitales psiquiátricos potenciando las estructuras de rehabilitación y Servicios Sociales.

d) Intensificación de la atención ambulatoria por Distrito Sanitario por programas.

e) Ubicación de las unidades de hospitalización breve en hospitales generales.

f) Formación de profesionales.

g) Desarrollo de programas de Educación Sanitaria para los grupos de alto riesgo.

4.2 EL ÁREA SANITARIA 10

El Área Sanitaria Número 10 (Mapa Sanitario, 1991) se sitúa geográficamente en el sur de la Comunidad Autónoma de Madrid, perteneciendo a la Submeseta Sur de Castilla la Nueva, limitando al Norte con la zona metropolitana de Madrid. Comprende los Municipios de Getafe, Parla, Pinto y la zona rural o Zona Básica de Griñón, la que comprende diversos núcleos de pequeña población. Según se establece por Decreto 117/88 de 17 de Noviembre de la C.A.M. el Área a su vez se divide en dos Distritos Básicos Sanitarios: el Distrito de Getafe, que comprende la localidad de Getafe y el Distrito de Parla, que comprende el resto de las localidades anteriormente referidas.

Las referencias históricas de la ciudad de Getafe nos conducen a la prehistoria, a la Edad de Bronce, cuando los poblamientos eran continuos y se sucedían diversas culturas, citándose por primera vez el nombre de Getafe hacia la segunda mitad del siglo XII. El asentamiento actual tiene lugar un siglo después, con las dispensas y licencias otorgadas por el Concejo de Madrid a los vecinos que quisieran instalarse en Getafe, constituyéndose una población

de las más importantes entre el cinturón de acuartelamientos que rodeaban Madrid.

4.2.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Muy posteriormente, con el Plan General del Área Metropolitana del Madrid de 1963, será cuando se proyecte que los municipios próximos a la Capital, Getafe entre otros, sean zona de descongestión industrial y poblacional, convirtiéndose en zona residencial y de servicios.

Durante esa década hace su aparición en el Área el obrero industrial, nuevo elemento en la composición de su sociedad. Poco después, con el Plan General de 1967, al Área le toca jugar el papel de ser un espacio residencial para trabajadores junto con un asentamiento de empresas, produciéndose un fenómeno inmigratorio constante. La población de Getafe aumenta rápidamente en esos años.

La máxima expresión de dicho crecimiento se continúa produciendo hasta 1979, fecha en la que comienza a descender bruscamente. Todo hace pensar que al final de la década de los setenta la inmigración es nula o despreciable, de igual manera la población de origen extranjero es muy reducida, por debajo de los índices de la C.A.M..

En cuanto a las comunicaciones, Getafe está conectada por vía férrea (Madrid - Toledo - Ciudad Real) con la capital de la Comunidad. Por carretera es cruzada longitudinalmente por la N-401 y es también enmarcada por el Este por la de N-IV hacia Andalucía.

En la localidad se sitúa la Base Aérea Militar, junto con la factoría de Construcciones Aeronáuticas CASA y es, además, sede de uno de los campus de la prestigiosa Universidad Carlos III. En el Distrito se asienta también el Hospital General de Zona: Hospital Universitario de Getafe, que da respuesta a las necesidades hospitalarias del Área.

La pirámide de población se puede considerar, en líneas generales, como representativas de población intermedia: bases que se estrechan con cúspides no muy anchas, con varias muescas por los cambios efectivos de población en cada intervalo de edad. La máxima longitud de los rectángulos que conforman las bandas transversales, corresponde a las generaciones de 40 a 49 años y de 10 a 19 años (1991), lo que parece debido a las migraciones de los años 60 y los hijos que los inmigrantes tuvieron cuando ya se encontraban asentados en Getafe. Lo mismo sucede en los otros pueblos del Área 10, aunque sus engrosamientos corresponden a una década posterior.

Numéricamente hablando la población de Getafe cuenta con 142.124 habitantes censados a 1 de enero de 1993, de los que 71.198 son mujeres y 70.926 son hombres. La población menor de 17 años es de 27.843 habitantes, de los que 14.284 son hombres y 13.559 son mujeres, lo que representa el 19.6% del total. La población comprendida entre los 11 y los 16 años, ambos inclusive, es de 14.791 habitantes, de los que 7.573 son varones y 7.218 son mujeres y que representan el universo del que se obtendrá la muestra a la que nos vamos a referir en el presente trabajo.

4.2.2 ASPECTOS SOCIOSANITARIOS

Es evidente que muchos de los factores que influyen en la salud tienen poco que ver con el Sistema Sanitario, y sería una ingenuidad pensar que podemos incidir en ellos de manera relevante desde el propio sistema.

La situación socioeconómica, la vivienda, las condiciones laborales, los hábitos de vida, etc., son factores que influyen de forma importante en el estado de salud de cualquier población, siendo necesarias políticas multisectoriales para plantearse siquiera la posibilidad de incidir en ellos (INSALUD, 1991).

En la última década se ha producido en nuestra comunidad Autónoma un notable desarrollo en la asistencia sanitaria prestada por las Instituciones públicas en el ámbito de la Salud Mental, que históricamente había sido una de las áreas más deficitarias, con unos recursos insuficientes, dispersos y sin una coordinación adecuada.

El impulso dado a la Salud Mental en la Ley General de Sanidad, coincide con una necesidad percibida por la población y con el interés de instituciones y profesionales de las múltiples disciplinas que intervienen en la misma.

Todo ello condujo a las administraciones públicas implicadas (INSALUD, Consejería de Salud de la C.A.M. y Ayuntamiento de Getafe) a realizar un esfuerzo para el desarrollo y mejora de los servicios que se concretó en los diferentes Convenios y en el Plan de Salud Mental (1989).

Con posterioridad el plan fue evaluado en su desarrollo y su alcance, así como en la calidad de la Asistencia prestada, por la Coordinación Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios del INSALUD de Madrid, mediante un grupo de expertos en auditorías de la propia Dirección Territorial, con el asesoramiento de un comité interdisciplinar que representaba a la vez a las

administraciones promotoras y a los estamentos profesionales dedicados a la salud mental, en el que personalmente participé como asesor técnico, en representación estamental del nivel profesional de los psicólogos (Dirección Provincial del INSALUD 1993).

4.2.3 EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE GETAFE

Los Servicios de Salud Mental del Área 10 Distrito de Getafe se sitúan en el nivel de atención secundario o especializado y atienden la demanda derivada de los dispositivos de Atención Primaria, Servicios Sociales, Servicios Educativos, Hospital Universitario de Getafe y otras instituciones.

El Servicio se inició con un pequeño equipo compuesto por varios psicólogos, un psiquiatra, un A.T.S. y un administrativo, bajo la dirección de un técnico del Ayuntamiento de Getafe. En 1987 se incrementa y regula por convenio entre la Comunidad Autónoma de Madrid, el INSALUD y el Ayuntamiento de Getafe.

En el 1991 la C.A.M. asume las trasferencias de personal de los centros regulados por convenio, aportando al mismo los programas y la casi totalidad del personal, quedando el Ayuntamiento cubierto en la atención de la población en materia de salud mental y encargándose del mantenimiento del local.

El INSALUD por su lado aporta la unidad de Psiquiatría y algunos profesionales, junto a casi la totalidad de la demanda y a la red de especialistas de su estructura sanitaria, que así se vincula de hecho a la red de Salud Mental de la C.A.M.

El INSALUD y los servicios socio-comunitarios nutren con su demanda al Servicio de Salud Mental del Distrito, que se coloca en el nivel secundario de especialidad según la distribución escalonada que se regula por la ley General de Sanidad (Díaz e Hidalgo, 1995; Escudero y Navarro, 1994), donde corresponde al nivel primario los servicios socio-comunitarios y los dispositivos de Atención Primaria del INSALUD y al nivel terciario la Unidad de Hospitalización Breve situada físicamente en el Hospital Universitario.

Los recursos humanos, por cada 100.000 habitantes, de los que dispone el Distrito de Getafe son de 5,77 psiquiatras, 3,6 psicólogos, 2,16 enfermeros y 1,44 trabajadores sociales. Entre los indicadores del Distrito encontramos que la tasa de frecuentación infanto-juvenil es de 80,61, la de prevalencia es de 10,21 y la de incidencia de 5,63, también por 100.000 habitantes y para menores de 15 años, datos cercanos a la media de la CAM en todos sus parametros.

4.2.4 OTROS DISPOSITIVOS COMPLEMENTARIOS

Como complemento de sus Servicios cuenta también el Distrito de Getafe con un Equipo de Atención Temprana, dependiente del Sistema Educativo Interinstitucional (Ministerio de Educación y Cultura y Consejería de Educación de la Comunidad Autónoma de Madrid), para atender a la primera infancia, entre los 0 y los 6 años de edad. Disponen como recursos de 4 escuelas infantiles municipales y un Centro de Estimulación Precoz, dependiente de la Asociación de Padres de Niños Deficientes (APANID).

Un Servicio Educativo Comunitario (SEC), dependiente de la Concejalía de Educación del Ayuntamiento de Getafe y Equipo de Orientación Educativa y

Psicopedagógica, interdisciplinar del Ministerio de Educación y Cultura, ambos muy numerosos en profesionales y dedicados a las necesidades en el periodo de la escolarización obligatoria (Servicios de Salud Mental de Getafe, 1996). En la oferta de dispositivos educativos la población de niños y adolescentes de Getafe dispone de 23 colegios públicos y 11 institutos de secundaria.

Como apoyo del área educativa hay que consignar la existencia de un centro concertado para la escolarización y normalización de niños con deficiencias intelectivas, dependiente también de la Asociación de Padres de Niños Deficientes (APANID).

Un Equipo de Atención a Familia y Menor, dependiente de Servicios Sociales de la C.A.M., pero vinculado intimamente con los Servicios Sociales Municipales, atiende con los más sofisticados recursos a las necesidades sociales de la infancia y adolescencia. Una Casa de la Juventud, para diferentes actividades relacionales y culturales propias de los adolescentes de diferentes edades, así como otras instituciones sociocomunitarias.

Se cuenta de igual manera con 2 centros de rehabilitación reeducación psicomotriz y logopédica, concertados con el INSALUD.

4.3 ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN CLÍNICA

La actividad del Servicio está regulada por los siguientes programas definidos por el Servicio de Salud Mental de la CAM (1989), agrupados según dos criterios:

4.3.1 PROGRAMAS TRANSVERSALES

Asistenciales, de apoyo y de coordinación:

- Evaluación
- Atención Ambulatoria
- Atención Domiciliaria
- Hospitalización Parcial
- Interconsulta Hospitalaria
- Rehabilitación y Reinserción Social
- Apoyo y Coordinación con Atención Primaria
- Apoyo y Coordinación con los Servicios Sociales y Comunitarios
- Coordinación con la Unidad de Hospitalización Breve (UHB)
- Urgencias
- Programa de Docencia

4.3.2 PROGRAMAS LONGITUDINALES

Etarios o por patologías.

- Infancia y Adolescencia
- Tercera Edad
- Alcoholismo

4.3.3 DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS

Los mismos se desarrollan en función de una subsectorialización de los recursos humanos del Servicio, que responde, primordialmente, de una parte, a una estable y coherente coordinación con los equipos de Atención Primaria de las Zonas Básicas de Salud (Olabarría, 1983; Agüera, Reneses y Muñóz, 1996), los cuales se rigen por un protocolo. De otra parte, a un reparto equitativo del registro sistemático de las cargas asistenciales entre los profesionales, contando con que la dotación de personal, incluso analizado por categorías, supera la media obtenida en la C.A.M. (Servicios de Salud Mental del Distrito de Getafe, 1994).

La ratio del Distrito es, además, acorde con los criterios expuestos por Reneses (1996) en las Jornadas Internacionales sobre La Organización de Servicios de Salud Mental en la Gran Ciudad, organizadas por la Viceconsejería de Sanidad de la C.A.M., donde se expusieron los nuevos criterios de su puesto técnico, de libre designación, con motivo de la toma de posesión del nuevo equipo, de ideología conservadora, encargado de la gestión y de la planificación.

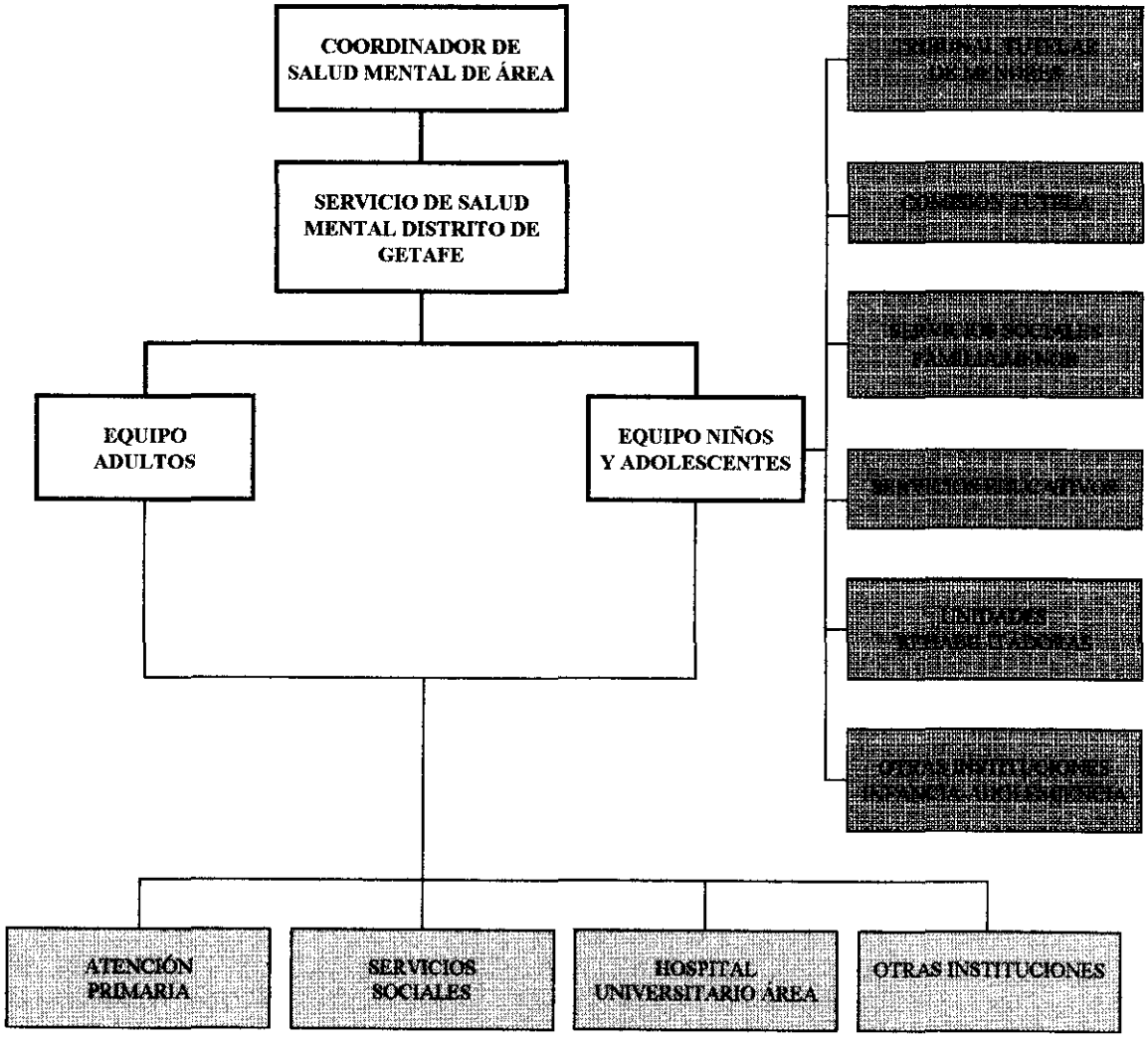
Se estructura así *de facto*, la positiva relación de franca comunicación al usuario, en este caso se deben incluir los profesionales de los distintos Servicios, que fundamenta los pilares del economicismo ecológico, dirigente en este momento del Sistema de Salud en los Países Occidentales de dominación imperial estadounidense, no así en los europeos.

Es importante resaltar que todo el desarrollo de la tarea del Servicio se evalúa sistemáticamente. La información se tiene a disposición mediante el Sistema de Registro y Gestión de la Información, ordenado según unos criterios planificados centralizadamente (López, 1983; Servicio Regional de Salud, 1996). Para ello todas las actividades, sean o no clínicas, son informadas mediante un sencillo sistema de fichas, que se incorpora al Registro de Casos

Es importante resaltar que todo el desarrollo de la tarea del Servicio se evalúa sistemáticamente. La información se tiene a disposición mediante el Sistema de Registro y Gestión de la Información, ordenado según unos criterios planificados centralizadamente (López, 1983; Servicio Regional de Salud, 1996). Para ello todas las actividades, sean o no clínicas, son informadas mediante un sencillo sistema de fichas, que se incorpora al Registro de Casos Psiquiátricos de la Consejeria de Sanidad, en su Servicio de Salud Mental. Ello permite el análisis y elaboración del diseño de actuación, bien en la planificación general, como en la gestión del Distrito, tratando de aparecer acorde con los cambios y modificaciones de la demanda (Análisis Funcional: Registro de Casos Psiquiátricos, 1991).

4.3.4

ORGANIGRAMA DE COORDINACIÓN, SERVICIOS DE SALUD MENTAL



Coordinaciones comunes.

Coordinaciones específicas.

III METODOLOGÍA

CAPÍTULO V

MARCO METODOLÓGICO DE LOS PROCESOS DE TRATAMIENTO ESTUDIADOS

III METODOLOGÍA

CAPÍTULO V

MARCO METODOLÓGICO DE LOS PROCESOS DE TRATAMIENTO ESTUDIADOS

5.1 EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

El Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes es considerado un Programa Específico por la ley General de Sanidad y así lo recogen expresamente los programas de la C.A.M. (1986, 1989), aunque su grado de desarrollo en los diferentes servicios Distritos y Áreas de la CAM es muy variado, dejando en mucho que deser de cara a poder englobar en el mismo saco a toda la población madrileña (Álvarez, Escudero y col. 1995; García-Villanova, Escudero, Sánchez y col. 1996; García-Villanova, Escudero y Sanchez, 1997).

Para el resto del Estado Español se podrían extrapolar facilmente los datos sin temor a desfigurar la realidad, como se puede apreciar en el informe Salud Mental Infanto-Juvenil, del Comité de Expertos de la Junta de Castilla y León

(1986), momento de gran actividad en nuestro país para la definición del campo y el desarrollo de los programas y los servicios, el cual recomendaba racionalizar los recursos y la atención. Por ello nos vamos a centrar, a partir de este punto, en definir la conformación del desarrollo actual del Programa de referencia en el Distrito de Getafe.

5.1.1 ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Incorpora el mencionado Programa, en su proceso, a los otros programas transversales que acabamos de referirnos así como el sistema de registro de la información, disponiendo de personal especializado en su formación y experiencia. Está física y funcionalmente integrado con el resto de los Programas de Salud Mental. Su puesta en marcha en nuestro Servicio data de diciembre de 1987.

En el Distrito de Getafe se inició la atención clínica por el corte de edad de 0-14 años. Posteriormente, en enero de 1989, se incluye el corte de 14-16 años, conjunto que, en ese momento, suponía algo más del 30% de la población total del municipio. No obstante, con anterioridad a estas fechas, los niños derivados desde el primer nivel de atención eran evaluados, al menos nominalmente, dentro del Programa de Atención Ambulatoria de adultos.

Los datos de actividad asistencial para la población de menos de 15 años, en 1996, indican que hay 161 casos nuevos y 292 casos tratados, con 2.304 consultas realizadas en ese periodo y 96 altas.

Adentrándonos a conocer el Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes nos encontramos, de inicio, con que su actividad se produce en

torno a una vertiente clínico-asistencial, que se dedica a regular los sistemas técnicos de atención de la demanda y una vertiente socio-comunitaria, que trata de dar las respuestas de inserción de un paciente dado, necesarias en la últimas fases del trabajo clínico.

Los profesionales que desarrollan estas funciones se articulan con el resto de los dispositivos de atención del Distrito, en el contacto reglado con los demás servicios sociocomunitarios de la zona. En tal espacio recorta su objeto de trabajo y delimita la especificidad de su campo. A tal efecto se priorizan los criterios que se consideran oportunos, en las reuniones sistemáticas de gestión del Programa y teniendo en cuenta las necesidades de la población, según los estudios epidemiológicos mensuales de los que se dispone.

La actividad asistencial de los adjuntos que forman parte del programa, son las propias de este tipo de actividad clínica en otros servicios. Seva Díaz (1993) la valora en torno a un 80% del tiempo dedicado a la actividad asistencial, un 10% dedicado a la docencia y otro 10% del tiempo dedicado a la investigación.

El Programa tiene establecidos por escrito los criterios que rigen el perfil de problemáticas que atiende. De tal manera, incluye la posibilidad de no atender ciertas problemáticas. Específicamente en tanto en cuanto tuvieran que ver con trastornos de lenguaje, hablado o escrito, trastornos de aprendizaje y alteraciones psicomotrices. El planteamiento se apoya en que en la zona existen diferentes servicios públicos concertados que se hacen cargo de programas que trabajan con patologías de este tipo: servicios educativos, sociales o médicos y hospitalarios o concertados.

El resto de las demandas, se supone que se refieren más estrictamente a los criterios mínimos de atención en salud mental. La atención de dichas

demandas, en este Programa, contempla los mismos pasos que en otros del Servicio: recepción, evaluación abordajes y orientaciones terapéuticas (Escudero C.; García-Villanova, F. y Rico, P.; 1989).

En ese trabajo, los autores mencionados, se refieren también a las partes que integran el análisis de la demanda, dado que el sujeto por el que se demanda está inserto en una red de relaciones institucionales. Así la explicitación y recogida de la demanda, ante el profesional correspondiente de los servicios públicos, se considera que implica la toma de datos de la situación del demandante en otras instituciones y la posibilidad de que ellas, a su vez, se articulen como parte de una demanda que obligue a intervenir en ellas, por ser ese el espacio social en el que el niño participa a diario. Se evita así algo de la iatrogenia inherente a las mismas.

5.1.2 COORDINACIONES

Desde el Programa se establecen dos tipos de coordinaciones:

5.1.2.1 COMUNES CON OTROS PROGRAMAS

Comunes con aquellos que son propios de los Servicios de Salud Mental:

- Programa de Apoyo y Coordinación con Atención Primaria
- Servicios Comunitarios
- Evaluación
- Tratamientos
- Otros de los llamados Transversales, en general.

5.1.2.2 ESPECÍFICAS DEL CAMPO INFANTIL

Como son:

- Servicio Educativo Comunitario (SEC)
- Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica
- Equipo de Atención Temprana
- Equipo de Atención a Familia y Menor
- Comisión de Tutela
- Tribunal Tutelar de Menores y profesionales vinculados
- Otras instituciones comunitarias

5.1.3 EL PROCESO DE RECEPCIÓN DE LA DEMANDA EN SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

El proceso de recepción de un caso nuevo es realizado por un/a administrativo y consiste en la cumplimentación de una ficha tipo informatizada de la C.A.M. Ella contiene datos formales: nombre del paciente designado, domicilio familiar, teléfono, profesión de los padres, edad de los integrantes de la familia, nivel de estudios y ocupación, etc.

La persona que hace la recepción, en un horario establecido por el Servicio, al tomar contacto con el sujeto que acude a pedir día y hora, recoge también en otra ficha datos relativos a:

a) Quién es la persona que acude a recepción.

b) Cuál es el motivo de consulta explicitado por la persona que realiza la demanda en ese momento.

c) Si han tenido o tienen en la actualidad, algún familiar en tratamiento en los servicios.

d) Número de hermanos sexo, edades y lugar que ocupan.

e) Colegio y curso del sujeto por el que se solicita atención.

f) Profesional, equipo o servicio que realiza la derivación.

g) Finalmente, resulta de gran valor consignar en esa hoja cualquier otro dato que se considere significativo, en el momento de la recepción.

El último cometido que se desarrolla en la recepción, consiste en explicar la indicación de que, el paciente designado, venga acompañado por ambos progenitores, en el día y la hora señalados, de entre las posibilidades ofertadas. Cada subequipo de sector tiene establecidos horarios y días fijos para la evaluación, articulados con el resto de las actividades del Programa y del Servicio.

La lista de espera que así se va creando tiene una duración máxima de quince días y no contempla las citas en los casos derivados con indicación de preferencia. Estos son incluidos en la agenda del terapeuta disponible en el subsector, en un plazo máximo de atención de tres días. En todo caso se inscribe en la lista de casos para evaluación, pero en los cuadrantes de registro que no alteran el resto de la lista de espera.

El tipo de consigna dada, cuyos elementos han sido explicitados anteriormente, propone el momento de la entrevista como un espacio en el que el terapeuta evaluador trata de no hacerse cargo de las posibles complicidades padre-madre-hijo, depositaciones, etc., y considera al paciente por el que se consulta como un sujeto con discurso propio, al que se está dispuesto a escuchar. Para los mayores de 14 años se consiente, así se explícita, que puedan ser atendidos solos o, en su defecto, con los dos padres.

El objetivo es que se despliegue a la vista la problemática en su totalidad. En nuestra experiencia, esta consigna no ha supuesto la deserción de los casos a la primera entrevista. En un año cualquiera, de los 200 casos posibles recepcionados, únicamente 6 rehusarían acudir, lo cual podríamos considerar no significativo.

5.1.3.1 EL ANÁLISIS DE LA DEMANDA

La demanda es, casi siempre, explicitada por un tercero. Generalmente los padres son los que definen ante el médico o el terapeuta, que hay una problemática determinada. Son ellos los que socialmente están designados para sensibilizar la necesidad de consulta, pero también hay numerosos otros adultos que conviven y observan, de forma más o menos parental y profesional, al niño. Habría que considerar esta realidad de manera detallada y de modo positivo.

También el paciente tiene una opinión propia en la que hay que tener confianza. Angold, Erkanli y col. (1996) han investigado en un estudio multicentro entre Londres y North Carolina, el primero dirigido por Rutter y el segundo por el resto

del equipo, que menos del 30% de las preguntas sobre la localización temporal de los síntomas son entendidas por los pacientes y del mismo modo las que se refieren a conductas o emociones de los pacientes. Hay muchas diferencias en la opinión entre padres e hijos según se aleja en el tiempo la fecha de comienzo de los problemas.

Así la discrepancia se inicia a partir de los tres meses, momento en el que se inicia la bajada de la fiabilidad de la información, aunque parece que mejora con la edad de los pacientes. Este equipo trata de diferenciar ahora por trastornos psicopatológicos. De igual modo Ezpeleta, de la Osa y col. (1995) estudian el mismo problema con pruebas objetivas, en relación a la fiabilidad de los datos que se obtienen con la DICA-R. Cuando analizan el acuerdo entre los padres y los hijos, ven que la concordancia es muy pobre, pero que de igual modo sucede en cualquiera de los métodos de investigación diagnóstica, aunque subrayan que ninguna de las fuentes es prescindible, porque el análisis de los desacuerdos permite observar variaciones sintomáticas de expresión diferente según los contextos.

Otra realidad supone la participación de la infancia y la adolescencia en diversos marcos institucionales. A diario el niño y el adolescente están inmersos en un centro escolar, y es posible además, en algún centro con actividades de ocio, centro cultural o similar y, cuando menos, en algunas actividades deportivas, si no también religiosas. Como consecuencia, la variedad de experiencias y de contactos es rica, lo que supone que desde muy diferentes ópticas hay personas mayores y coetáneos que pueden significar los procesos mórbidos del niño.

En este caso tendrán que ir haciéndose las indicaciones oportunas a los padres o personas encargadas de ciertos cuidados, para poder establecer un

sentido que lleve a la conducción de los pasos del sujeto hasta la consulta en el Sistema Sanitario. De hecho los profesores en ocasiones llegan a hablar con los padres, de modo apropiado, indicando la conveniencia para su hijo de una valoración psicológica clínica.

En la enseñanza privada posiblemente la estructura institucional contemple ciertos límites del profesor a la hora de hacer una indicación de este nivel. En la enseñanza pública ocasionalmente se tomará contacto con los Servicios Educativos de la zona que, según ciertos programas, se pueden acercar a una primera valoración diagnóstica del problema y hacerse cargo de la derivación, si es pertinente, por medio de la coordinación establecida en el Área.

Otras instituciones tendrán comportamientos variados toda vez que perciban los trastornos, fundamentalmente los externalizados. En la institución familiar se suele percibir, con cierta facilidad, que la relación con el hijo ha llegado a un punto de crisis o ruptura de la homeostasis familiar, o bien que la dinámica del grupo familiar se ha hecho intolerante con la sintomatología del hijo. Los trastornos internalizados son más difíciles de percibir por las personas no especializadas.

Esto nos hace entender porque, a veces, hay síntomas que tardan mucho tiempo en llegar a ser estructurados en una solicitud de consulta y otros que, aún siendo sostenidos por la familia durante largos periodos de tiempo, son en realidad consultados cuando un evento, acaso ajeno al niño, ha sucedido. Por la misma regla de tres hay otros síntomas que no se consultan nunca.

Nos surge el interrogante de si lo que se está definiendo en la evaluación es una patología o, en realidad, es un conglomerado de aspectos que añade

perfiles variados a la definición de qué términos componen la crisis actual del demandante.

La demanda se nos presenta a la vista, pues, como el engarce de dos series: una va definida por la historia del niño/a, por su problemática y, por ende, por su lugar como sujeto individualizado. La otra va definida por la novela familiar y la red de relaciones que se mantienen en el transcurso del tiempo, que adquieren actualidad. La interacción entre las dos series engarza a todos y cada uno de los momentos de la vida y se presenta, en una posición determinada, para su evaluación como demanda.

5.1.3.2 EL ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN LA ADOLESCENCIA: PARTICULARIDADES

La demanda de un adolescente tiene ciertas particularidades y complejidades dignas de mención (Offer, Howard, Kimberly y col. 1991; Bayo-Borrás, 1997). Por ello, tal como se ha explicado antes, se da una consigna de diferente particularidad. Se explica que él puede decidir quien va a entrar en la entrevista o quien puede acompañarle a la misma.

Si bien su demanda es de gran solidez, a veces se presenta como ambigua o indeterminada, portadora de un malestar indefinido y formulada en un lenguaje propio, con claves semánticas y referenciales, muy diferentes a las del mundo del adulto y a las del mundo infantil.

En ocasiones contiene, como en condensación, una rebelión y una denuncia de los valores del mundo al que considera inapropiado e invasor, fuente de inquietudes y perturbaciones de variados órdenes. Al mismo tiempo está

teñida de sedimentos del mundo infantil que el adolescente trata de liquidar, por retención o expulsión.

La forma de presentación, a veces incluso bizarra, hace que su formulación nos pueda parecer, en ocasiones, contradictoria: quiere y no quiere consultar a la vez, consulta para expresar su protesta; acude, pero para pedir que se le deje en paz; no quiere ni hablar de problemas, pero pregunta con sagaz rapidez el por qué de lo que le pasa, cuando se le ofrece la opinión del profesional sobre lo que parece que le pasa.

De destacar es que el primer contacto dentro del sistema sanitario lo ha tenido, casi con toda probabilidad, la madre del adolescente, cuando ha ido a hablar con el médico de cabecera para hablar del problema que se observa en el adolescente y pedir una ayuda para él. En la mayoría de las situaciones no se ha contado con él, o a lo sumo se le ha informado de lo que ya se ha determinado hacer.

Con este gran antecedente hay que contar necesariamente, para poder hacer ver al adolescente que, desde el momento en que ha entrado en el Servicio, las cosas van a funcionar de manera diferente. Se le va a poner en primer plano y se va a tener en cuenta su opinión y su situación, en la medida en que los criterios de la Salud Mental lo permitan, aclarándole que también los profesionales y los adultos estamos sujetos a algunos criterios, que van más allá de nuestros deseos personales o de nuestros hábitos particulares o intenciones y que nos vemos sometidos a decisiones mediadas por patrones, de los que no somos sino meros actores.

También hay que considerar que identificarse con el adolescente implica posicionarse ante una descalificación de los padres, falseando el lugar del

supuesto amigo frente al adolescente y perdiendo el objetivo. La crisis de la adolescencia es también una crisis de los padres. Los padres se ven, con este periodo de edad y los conflictos que acarrea, enfrentados con su propia madurez y con los errores que han cometido en la crianza de los hijos. Finalmente no son como ellos deseaban, pues no han aceptado el papel que se les designaba, lo cual resulta a menudo intolerable, por la herida narcisista que infringe. Se encuentra implicada la pérdida del control sobre los proyectos de juventud inacabados, que ya no se sostienen por más tiempo.

En el adolescente se produce una oscilación, por momentos excesivamente rápida, entre la negación de la existencia de un conflicto interno y la necesidad de ayuda, puesto que uno de los puntos centrales de la crisis de la adolescencia es la necesidad de liquidar la dependencia infantil. De ello se desprende que, de aceptar que tiene necesidad de una ayuda, se despierta, simultáneamente, la idea del riesgo que corre de caer de nuevo en la sumisión o la dependencia, de los mayores que se la brindan. En definitiva a volver a caer en la indefensión, ante las propias pulsiones. De esta manera le asalta, invariablemente, la percepción de una señal defensiva de alarma.

El adolescente sufre una pérdida de referencias identificatorias, ya que se encuentra en posición de rechazar los registros de su anterior mundo infantil, pero no se ve dentro de los referentes del mundo adulto, por lo que se sitúa en la tensión constante existente entre el acercamiento y el rechazo a dichas referencias.

Los profesionales de la Salud Mental somos, para él, representantes del saber. Señalamos la perturbación e indicamos los objetivos y buscamos conducir al sujeto por el proceso de curación, aplicando un modelo médico que es un continuum de disfuncionalidad, diagnóstico, tratamiento, curación. Para lo cual

necesitamos que la persona que es objeto de la demanda se convierta en el sujeto de la misma, para así permitir la intervención del especialista disminuyendo el recelo.

Además de lo antes referido, nos encontramos con que el médico de cabecera en Atención Primaria ha incluido su propio nivel de indicación, de impregnación de la demanda explícita, al solicitar la intervención. Todo ello porque define la posible patología, se alía con la persona que le expone la *demanda en su consulta, madre o padre y, también, se pone en relación con* los servicios y con el especialista de salud mental, mediante el informe de derivación. Implicitamente está participando de la designación de la familia y de la decisión del especialista sobre el tratamiento, como un puente de un sólo arco.

Debemos añadir la distancia subjetiva tan enorme que hay para un adolescente entre él y el Sistema de Salud. Cuanta más no habrá con el nivel *especializado, situado en un segundo escalón, que exige un informe de* derivación, una petición de cita programada y la connotación implícita de importancia o mayor gravedad del problema. Añadiendo a este detalle el que entre una cosa y otra pueden transcurrir varias semanas, con lo que se pone en cuestión, como un extra gratuito, que se haya tenido en cuenta la velocidad que tiene el tiempo para el adolescente.

5.1.4 EL MARCO ECOLÓGICO EN EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Requiere, de inicio, un espacio propio el conocimiento del aspecto socioambiental en el que se desarrolla la vida del niño o del adolescente por el

que se consulta. La familia esta situada de manera privilegiada, sin apenas responsabilidades civiles, dotará de todo tipo de parámetros, las más de las veces lamentablemente aleatorios, al infante que se está haciendo.

En el plazo de unos años le dará una posición social y económica, le otorgará un lenguaje y un idioma, le proporcionará un código relacional y le allanará el camino para ser un sujeto social. Le dará, a la par, un espacio afectivo restringido por el que circular, en el que tendrá que buscar y crear su propio sitio.

En medio de esta cadena de filiación genealógica a la que aludo, en el orden psicológico, ha de encarar, sin pérdida de tiempo, la construcción de su propio eslabón, lo que nunca será fácil. Tendrá que hacer a cambio, principalmente, el sacrificio de sus propios vínculos con los objetos primarios, los padres, representando, y sobrepasando entonces, la experiencia de la metamorfosis (García-Villanova y Gasparino, 1996).

Otro gran contenido del aspecto socioambiental es el constituido por la escuela, no sólo como un espacio físico, sino también como un lugar donde se desarrolla la vida social propia del niño, con todas las variaciones que supondrá a lo largo de su vida escolar.

A la escuela se le suele calificar de verdadero lugar natural de la infancia en el mundo actual, lo que es lógico pensar habida cuenta de que, en este momento, la escolarización es obligatoria y ocupa la mayor parte de la vida cotidiana de la infancia. Posee todos los ingredientes de una pequeña sociedad para los pequeños.

Contamos con el resto de los requerimientos sociales: como son los derivados del desarrollo de las expectativas laborales e intelectuales, así como la ideología, la religión, etc., gran parte de los cuales se fraguan en el contexto familiar.

Nos encontramos con que, también, el conocimiento del contexto sociocultural y ambiental es necesario, porque es donde cada persona se desenvuelve en el día a día, emitiendo determinados mensajes a los demás que están con él, o con ella, imprimiendo un cierto valor a cada palabra, a cada gesto y a cada acto del paciente, en la creación de una comunicación viva actual.

El conocimiento del espacio sociocomunitario es igualmente importante. Más aún lo es el espacio sociocomunitario subjetivo, por el que se mueve vitalmente el conjunto de la familia en la que ese chico tiene su espacio. Importante para que la planificación de los objetivos y de los procesos terapéuticos sean los adecuados al paciente.

Destacaríamos la posibilidad de disponer u organizar, de forma operativa, un equipo interdisciplinar que incluya educadores, asistentes sociales, logopedas y otros especialistas, para dar cierta resolución a las necesidades de la infancia, en los problemas que les acucian. Adecuando a cada uno/a programas individualizados, con objetivos tanto terapéuticos como socio-educativos para cada paciente.

Tal recurso sería especialmente necesario para poder apoyar a los pacientes con trastornos o enfermedades crónicas, en los cuales el apoyo social es extremadamente importante. Facilitándoles así la adaptación a la enfermedad y su terapéutica sostenida, mediante el establecimiento de lazos de apoyos y relaciones fuera de su psicoterapia.

Este elemento proporciona un argumento de importancia capital para complementar el trabajo, tanto en el diseño del abordaje como del seguimiento. Lo cual no significa en realidad otra cosa que el encuadre para el tratamiento posterior.

Desde nuestro punto de vista es necesario tomar en cuenta que la casi totalidad de los niños y de los adolescentes, no saben nada acerca de los procesos ni, tampoco, de las indicaciones terapéuticas ni del resto de las indicaciones terapéuticas que un especialista pueda hacerles, sean estas sanitarias o no, a excepción hecha de los simples tópicos televisivos o cinéfilos.

De manera que para todos ellos es entrar en un nuevo campo, por lo que tienden a volver a sentir que se les pide una forma de actuación acorde con los deseos del adulto. En este caso particular bien por parte de los terapeutas que les encuadran, bien por parte de los médicos o de los profesores que les han enviado al tratamiento, bien por parte de los padres/madres mismos, que han decidido que es positivo para sus hijos pasar por esta experiencia, como decidieron hacerles pasar por tantas otras anteriormente.

Quizás en una faz semejante se encuentran la totalidad de las instituciones en las que participa el niño o el adolescente para llevar a cabo el desarrollo, como por ejemplo son las de educación, como nos hemos referido, o las de salud, o las de ocio. En todas ellas se les exige, a cada paso, un determinado comportamiento, sin un previo aprendizaje o explicación de hacia donde se dirigen ni de cómo va ser la experiencia o cómo ha sido para otros pares.

Tal exigencia acarrea generalmente el desprendimiento de los objetos afectivos, con los que tenía el vínculo claramente establecido. Las más de las veces llevado a cabo en condiciones, como mínimo, de amenaza a dicho vínculo, tarea que no ha sido pedida por el niño y para la que seguramente ni siquiera se le ha pedido opinión, ni ha participado en su creación.

Tenemos que ser conscientes de que del mismo modo se encuentra el paciente cuando acude por primera vez a una experiencia terapéutica, porque todas sus vivencias de socialización extrafamiliares anteriores han sido la escuela y, hasta cierto punto, los amigos, generalmente estos últimos mediados o claramente no respetados, por los padres/madres.

Por ello algunos especialistas proponen trabajar sobre la necesidad de preparación de los pacientes de edad infanto-juvenil para la terapia, ya que es tremendamente importante que puedan tomar orientación suficiente sobre el método de trabajo.

El planteamiento se conforma por un grupo de diversos y variados procedimientos, que merecen ser escuchados por no carecer en lo absoluto de interés, a pesar de lo novedoso para nuestra cultura profesional. Un método interesante es la presentación de videos con sesiones de otros pacientes, de modo que, tras la observación de alguna sesión terapéutica, se plantee la discusión de las características metodológicas de la misma.

Parece interesante tener la posibilidad de realizar alguna dramatización. Muy adecuado para elaborar las ansiedades previas al comienzo de la terapia o para, igualmente, poder incorporar las explicaciones sobre la metodología de trabajo y hacerla asequible.

Otra posibilidad para realizar el trabajo de preparación es también la de hablar con algún participante sobre los temas metodológicos y las técnicas, etc.. En ocasiones la inclusión del tema del encuadre metodológico en una entrevista de devolución expandida, permite potenciar el aprovechamiento de la eficacia posterior de la terapia.

En este tipo de entrevista se mezcla el análisis del material explicitado por el paciente, con aspectos delimitados en la relación interpersonal durante el diagnóstico, la definición de objetivos y la preparación del paciente para el paso siguiente: el tratamiento, la continuidad de cuidados y el seguimiento.

Se trata, por encima de todo, de hacer transmisible la experiencia del proceso de una terapia a alguien que no posee referentes sobre ello, al ofrecer pautas de identificación, las cuales no invalidan posteriormente, claro está, la personalización de la experiencia terapéutica, la cual se seguirá efectuando a lo largo de todo el proceso terapéutico. Las técnicas referidas, lógicamente, forman parte del trabajo del encuadre.

Curiosamente creemos que en este punto la infancia toca muy de cerca a los ancianos. Pongamos por caso la necesidad de trabajar para ayudarles a elaborar la relación de los problemas con la realidad, así como con los objetos internos. Aspectos que tocan tangencialmente el aprendizaje de lo que no había pero estaba. Aunque en los ancianos hubieron esas funciones anteriormente, lo que pasa es que van a dejar de estar según avancen en edad, justo lo opuesto de lo que sucede en la infancia.

Evidentemente no pensamos en que la terapia posible a realizar con los niños y los adolescentes pueda llegar a la que se hace con los adultos. Dadas las características etarias de los pacientes y su condición evolutiva, sería impropio

intentar la comparación, a pesar de que sufren gran variedad de trastornos como consecuencia de la convivencia y de la interacción con sus familiares más directos.

Los niños y los adolescentes necesitan del adulto especialista, para sostenerse en la terapia. Pero esta diferencia con los adultos no significa asimilación a los encuadres típicos de psicoterapia, por el contrario se logran establecer objetivos diferenciados y explicitados, apoyados en las etapas de desarrollo, con propuestas de trabajo encaminadas hacia la elaboración de la necesidad de sostener un cierto nivel de cuidados.

Este aspecto puede verse cerca de la línea de la psicoprofilaxis o incluso de la psicohigiene, pero evidentemente significa un nuevo punto de mira, al romper de entrada la postura adultomórfica.

5.1.5 EL PROCESO DE EVALUACIÓN EN SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

La evaluación del niño y del adolescente como objeto de estudio presenta especificidades que les distingue metodológicamente a uno de otro y de los adultos (Mazet, 1982). Como marcos referenciales de la posición del especialista en el diagnóstico se observan dos corrientes principales: Por un lado se sitúa la fuerte vertiente estructuralista, de localización francesa, que enfatiza los aspectos de la organización edípica, con todos los gradientes que determinan las características de cada individuo y su nacimiento como sujeto humano.

Por otro lado existe la gran corriente inglesa del desarrollo, en la que se presta también una especial atención a la observación sistemática de los procesos de interacción del sujeto con el medio y a los pormenores derivados de ello. En particular a la evolución de los mismos, integrados con los procesos anímicos de la madre, tomando en cuenta a esta como relación privilegiada.

Es de igual modo importante prestar atención, dadas las edades que se manejan, a las estructuras cognitivas que intervienen en la comunicación para ajustar la selección y favorecer el intercambio.

A lo largo de la infancia se estructuran y reestructuran, una y otra vez, no sólo los aspectos cognitivos del cuerpo sino también los referidos al cambio de estatura y a los efectos del desarrollo de la madurez gonádica, que aumentan en una dinámica positiva o negativa, la dimensión física y psicológica del cuerpo.

Es necesario, pues, subrayar la importancia del diagnóstico y por tanto, el uso de sus técnicas, tanto objetivas como no, para conseguir llevar a cabo una buena selección de pacientes. Una adecuada aplicación y, sobre todo, un detallado estudio de los datos obtenidos, aportaran suficientes datos para discriminar qué pacientes son idóneos para cada una de las modalidades terapéuticas.

No queremos decir un diagnóstico largo, porque tenemos que ser sensibles sobre tal punto, ya que para un niño resulta confusa la dilatación de la esperada respuesta terapéutica, la cual anda buscando. Puede ser hasta cierto punto incomprensible la demora, porque sabe que está en contacto con quien le va a ayudar mediante la palabra, transmisora de la información y del intercambio.

El intercambio verbal sobre cuestiones afectivas, asimila a los terapeutas con los otros objetos de cariz similar cercanos al niño, como son el padre y la madre, los cuales suelen actuar con inmediatez, si no con urgencia, a los requerimientos de su prole. La dilatación de la respuesta esperada no genera más que vacío, distancia y en todo caso, cierta confusión, no permitiéndole incorporar diferencias de espacios subjetivos, puesto que no se da el espacio para ello.

A veces para los propios padres/madres esta circunstancia actúa de igual modo. Así, no resulta infrecuente que nos comenten, en siguientes entrevistas, su extrañeza al no apreciar cambios en el tiempo transcurrido entre las entrevistas diagnósticas y la de devolución, ¿cuanto más no sucederá de la misma forma para el hijo?, nos preguntamos.

Por tanto recomendamos siempre reducir al máximo el tiempo de recogida de datos y el que media hasta la devolución y el encuadre, asimilándose al maximo al tiempo subjetivo infantil. Este punto se constata cuando, durante el trabajo terapéutico, se aprecia que la evolución del paciente dio comienzo ya desde el primer día de encuentro, antes de que se esperara.

Metodológicamente los pasos que se siguen en el proceso de evaluación son: una primera entrevista con los integrantes referidos según la edad del paciente, para la recogida de la demanda y el análisis de la misma y dos o tres entrevistas diagnósticas con el paciente: una para hora de juego y una o dos para la evaluación objetiva y, finalmente, la entrevista de devolución, la cual podrá tener varias modalidades diferentes, parecidas a las de evaluación: padres e hijo/a juntos o por separado.

5.1.5.1 LA PRIMERA ENTREVISTA

La primera entrevista se realiza con los padres y el hijo/a conjuntamente, salvo que algún miembro explicite lo contrario, en cuyo caso se analiza la petición para valorar su viabilidad. No se niega a priori y se debe de estar lo suficientemente receptivo para respetar la historia previa del caso y la organización de la comunicación familiar previa.

En ella se analiza la demanda del caso y se registra la historia clínica del sujeto por el que se demanda y de su entorno familiar. Se toman todos los datos referidos a la anamnesis del paciente, según constan en el Protocolo de Evaluación Diagnóstica de la presente investigación (ver Anexo) y en el expediente, archivado numéricamente, que figura en el archivo de casos del Servicio de Salud Mental:

La problemática que dibuja la demanda manifiesta nos va a permitir no perder el punto de mira en el niño y no caer en la idea de que estemos valorando, en términos conceptuales, un grupo familiar en interacción.

Más bien nos vamos a ir moviendo, con mayor o menor dificultad, en la vía del reconocimiento de las características que articulan dos de las series referidas con anterioridad, la historia individual y familiar, pero siguiendo con fidelidad la reconstrucción, teóricamente hipotética, de la línea de la estructura del síntoma del niño y su proceso de organización.

Es dificil que el niño y el adolescente sean conscientes de su historia, por lo que necesitan que sea informada por los adultos vinculados históricamente a él, por supuesato no es necesario que sea la familia biológica, sino

conocedores de su vida. Inconscientes serán también nuestros pacientes de muchas de las informaciones que se van a volcar en la entrevista, las cuales pueden ayudar al desenlace de la problemática.

El síntoma no estará definido, no obstante, solamente por los efectos de una determinada organización o problemática intrapsíquica, ni tampoco por una interacción madre y/o padre-hijo, sino que será, más bien, un modo personal de manifestación del niño, en su vida, de aquellos conflictos que por él pasan, en el medio en el que está inserto.

El motivo de consulta se definirá adecuándolo en su presentación, generalmente, a los cuadros psicopatológicos clínicos reconocidos en la clasificación diagnóstica internacional, de uso corriente en los servicios públicos.

El buen conocimiento y manejo de la misma no es indiferente, ya que la estructura psíquica que produce el síntoma ofrece diversos puntos de entrada específicos, a la hora de la evaluación, según las características del profesional evaluador.

Por ello se podrá dar mayor o menor dimensión al problema de que se trate e igualmente sucederá con la articulación del resto de los elementos diagnósticos a analizar más adelante y a la planificación del abordaje terapéutico.

Cada profesional desplegará su técnica de abordaje desde el momento en que toma en cuenta las indicaciones que acompañan a la derivación. Si hablamos de un caso derivado por el Sistema Sanitario las indicaciones que a partir del estudio se den.

Variarán también con respecto a las que se darían si la derivación inicial se hubiera realizado desde el Sistema Educativo o de Servicios Sociales, pero con toda probabilidad estarán teñidas de los matices derivados del estado de la coordinación, desde el punto de vista del profesional, así como de la pericia que haya desarrollado, tanto él como el Equipo, en la gestión de las necesidades que tiene como lugar del proveedor en su consulta.

Otro elemento significativo a explorar, en la evaluación de la demanda por un tercero, consiste en el esclarecimiento del nivel de conciencia de los padres o responsables, como demandantes en nombre de su hijo/a y de la posibilidad de que ellos mismos se propongan como sujetos con demanda propia, sin que ello signifique despertar una indicación de tratamiento.

Resulta esclarecedor saber cual es la separación o discriminación de la problemática entre los presentes en la primera entrevista. Si se presenta la demanda por un tercero, pero con otra problemática añadida, de los padres o familiares, o si, por el contrario, se presenta la problemática de los padres confundida en la problemática del hijo/a. Estos aspectos tienen una importancia capital en la evaluación de cara al abordaje técnico posterior, en particular en la indicación terapéutica.

En lo referente a la evaluación de la demanda y sus características, tendríamos que sumar a esta imbricación tan clara, que surge entre el demandante por un tercero y la demanda en sí, se refleja o aparece también, en las conexiones que se establecen con otras instituciones. Por eso siempre esclarecemos qué parte corresponde al sujeto por el que se demanda y qué otras partes a la institución y equipos que la componen y sus variantes.

Teniendo en cuenta lo anterior, también en la primera entrevista se estudian los procesos del desarrollo habidos en la historia biográfica del niño, lo que constituye la anamnesis. El estudio consta a nuestro juicio dos aspectos a destacar:

a) El rastreo de los momentos estructurante del desarrollo del niño/a que lo organizan como sujeto independiente.

b) Paralelamente, las vicisitudes por las que los padres han pasado en sus funciones paterna y materna.

Esta panorámica del análisis de la demanda abre el paso a la segunda entrevista, realizada siempre como se ha visto con la presencia de los padres y el niño/a, diferentes perspectivas metodológicas y técnicas, a saber:

a) Continuar con la modalidad de evaluación padre-madre-hijo/a.

b) Continuar el proceso de la evaluación con la pareja parental separada de la evaluación del hijo/a.

c) Continuar con el/a niño/a solo/a.

5.1.5.2 LA SEGUNDA ENTREVISTA

En general a la segunda entrevista se cita al paciente aisladamente, para efectuar una entrevista clínica libre. Se exploran todos aquellos aspectos dinámicos que se presentan a estudio. En el caso de considerarse adecuado

para el paciente, este dispone de papel y lápiz, tijeras, goma, lápices de colores y pegamento, pudiendo utilizar el material con libertad.

La producción lúdica que surgiera sirve de material clínico, según los cánones que rigen las entrevistas de hora de juego. El resto del material clínico se registra por escrito en un informe posterior a la entrevista, anotándose en la historia clínica, como ya se ha dicho, donde se vuelca una primera impresión diagnóstica.

Se explora la fantasmática del niño, sus defensas, los núcleos de conflicto, su nivel de conciencia, su capacidad de reflexión y de asociación de ideas y se trabaja el contacto empático, para establecer las posibilidades de trabajo. El final de la segunda entrevista explicita la tarea que se prevé para la tercera.

5.1.5.3 LA TERCERA ENTREVISTA

En la tercera entrevista se pasan las pruebas correspondientes a la batería proyectiva integrada en el *Psychodynamic Child Ratings* (PCRs) (Szapocznik y col. 1987, 1987a, 1993), compuesta por:

1) Test del Árbol, Casa, Persona (HTP).

2) Test de la Familia Kinética (TFK).

3) Pares Kinéticos (PK).

4) Test de Apercepción Temática (TAT), con una selección de láminas para hombres: 1, 4, 6BM, 7BM y 17BM. Para mujeres: 2, 4, 6GF, 7GF y 18GF.

En la cuarta entrevista se pasan las pruebas correspondientes a la batería de inteligencia, integrada en el *Psychodynamic Child Ratings* (PCRs) y compuesta por:

1) El Test Gestáltico Viso-Motor (BENDER).

2) La Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-R) o Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS).

3) Entrevista Breve Cerrada (EBC) con el niño, llamada también Items Adicionales de la Entrevista del Niño, así como otra a los padres, en su segunda entrevista. Consiste en seis preguntas, complementarias a toda la información ya obtenida, sobre: preferencias, adecuación de los afectos, control de las emociones, vínculos con los iguales y adecuación a la realidad.

Las dos escalas de WAIS o WISC-R se aplican, como es lógico, selectivamente según la edad del paciente. En todos los casos, no obstante, se evalúan sólo los subtests de Comprensión, Semejanzas, Figuras Incompletas, Cubos y Rompecabezas. El puntaje final del CI viene determinado por la fórmula del prorrateo. En tiempos la entrevista puede, como una excepción, ser ampliada a otra más, si se considera imprescindible.

El proceso completo, en sí, está inspirado por el Dr. José Szapocznik y sus colaboradores (1987, 1987a, 1993) de la Universidad de Miami, director del

Centro de Orientación de la Familia Hispánica del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Miami, centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud.

La información que se obtiene se vuelca en una puntuación cuantificable en la áreas de desarrollo psicosexual, funcionamiento intelectual, funcionamiento del Yo, auto concepto, control de la agresión, ajuste emocional, relaciones familiares y relaciones con los iguales. Todo ello permite tener del paciente un perfil muy delimitado para su orientación terapéutica.

Por consecuencia se valora el conjunto del material obtenido, para confeccionar el diagnóstico y pronóstico (Szapocznik y col. 1987, 1987a, 1993; Verthelyi, 1985; Burns y Kaufman 1978; Hammer, 1992; Bender, 1993; Glasser y Zimmerman, 1972; Schneidman, E.S. (1951); Seisdedos, 1986; Bellak, 1979). Se hace un primer diagnóstico nosológico, de acuerdo a las clasificación todavía al uso en el Servicio de Salud Mental de la CAM: la ICD-9.

Para esta investigación se han usado también la ICD-10 (*World Health Organization*. 1992a, 1992b, 1993) y la DSM III-R[1] (*American Psychiatric Association* 1988). Además se realiza para esta investigación el volcado de datos que conforman el contenido de un segundo diagnóstico, psicoanalítico, siguiendo las directrices indicadas por Mary Boston (1989), consistente en un informe detallado de las condiciones del paciente en las siguientes áreas:

- Persecución.
- Confusión.
- Depresión.

[1] Dado que la DSM VI no se encontraba disponible cuando se inició el estudio, se utilizó el sistema de clasificación de la DSM III-R.

- Preocupación por los demás.
- Procesos esquizoides.
- Integración.
- Accesibilidad emocional.
- Ansiedad.
- Estructuras defensivas.
- Tolerancia al sufrimiento mental.
- Madurez.
- Percepción de sí mismo.
- Sentimientos de seguridad.
- Sentimientos de alegría.
- Equilibrio en procesos introyectivo-proyectivos.
- Profundidad en las relaciones personales.
- Capacidad para pensar.
- Capacidad para aprender.
- Capacidad para jugar.
- Capacidad para simbolizar.
- Accesibilidad de la fantasía-imaginación.
- Estructura del mundo interno.

Con ambos grupos diagnósticos se efectúa el pronóstico del caso, según protocolo que figura en el punto 4.3 del Protocolo de Evaluación Diagnóstica (ver Anexo) y se planifica la indicación de tratamiento. Todo ello durante la Sesión Clínica del Programa, actividad incluida en la reunión semanal de coordinación que mantiene el equipo del Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes del Distrito de Getafe, Área 10.

Como indicadores de un buen pronóstico es muy positivo que se aprecien en los pacientes factores de impulso a la maduración, al igual que deseos de

crecimiento, ya que actuarán como motor para dar sentido, gratificación y motivación para el cambio.

Muy importante es que exista en el paciente la posibilidad de integrar los límites y soportar la contención en un espacio inter-subjetivo como es el grupal. La capacidad de poner en términos simbólicos y de lenguaje los propios pensamientos será la puerta grande para el trabajo terapéutico.

Valoraremos también positiva la capacidad del paciente de poder posicionarse como un tercero, procedimiento esencial para tomar distancia de sus vivencias y sentimientos, y así mismo expresarlas a los demás, posibilitando de ese modo que los otros puedan incidir en ellas.

Es imprescindible destacar y considerar los factores propios de la infancia, que no pertenecen por tanto a ningún otro grupo etario. En nuestra opinión son los que están vinculados con su particular modo de relación con los objetos afectivos, respecto a los que, en este momento, se puede encontrar tanto en dependencia, como en proceso de independencia, como en pleno cuestionamiento de tal relación, al estilo que muestran los adolescentes.

5.1.5.4 EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

Merece la pena citar, en este apartado, el trabajo de Tillett (1996) en lo referente a la valoración de la evaluación diagnóstica, ya sea permanente o de inicio. El citado autor, en una reciente publicación, vuelve a dar importancia a la valoración de la eficacia por corrientes teóricas, siempre que sea aplicada a la obtención de resultados según las patologías y los terapeutas encargados de los tratamientos. Su argumentación está claramente posicionada en la

defensa de la asistencia en salud mental desde los servicios públicos, por lo que recomienda que se disponga en todos los equipos de una suficiente gama de tipos de tratamiento.

Nos planteamos con Tillett si todos los tratamientos implican una vinculación o implicación del terapeuta y del paciente. Ambos deben estar motivados y de acuerdo para poder disponerse al trabajo psicológico. Al mismo tiempo necesitan aceptar y validar la formulación psicológica de los problemas. Si bien muchos de los abordajes psicoterapéuticos son adecuados para una gran variedad de aplicaciones potenciales, encuentra motivos suficientes para definir, también, criterios de exclusión para los trastornos recurrentes de la conducta, en las perturbaciones psicóticas activas y en los desarreglos mayores de origen orgánico.

Para orientar al paciente sobre un determinado tipo de tratamiento se debe conocer no sólo la variedad de ellos disponibles, sino también, los detalles de la evaluación del paciente y sus problemas, contestándose si es necesario cualquier tipo de tratamiento, cuales son las ventajas relativas que se pudieran obtener de las intervenciones médicas, sociales o psicológicas y, si la intervención es indicada, qué tipo de abordaje es el más indicado, que nivel de profundidad de terapia necesita y a quién debería implicar.

Seleccionar un tratamiento apropiado para un paciente determinado requiere una estrecha vinculación entre el proceso de evaluación, la formulación diagnóstica, la discusión del caso y la toma de decisiones. En la psicoterapia breve dinámica, Tillett recomienda que se acuerde entre el terapeuta y el cliente el foco de interés para el trabajo terapéutico y aceptar desde el comienzo que la terapia va a terminar transcurrido el tiempo acordado.

El objetivo del proceso diagnóstico consiste en el análisis y desciframiento de la demanda, según el eje de coordenadas de la pareja parental-hijo/a (Escudero y García-Villanova, 1989). Es decir que se analiza la inscripción que la problemática tiene en la red de relaciones, lo que permite o imposibilita y hasta qué punto en cada caso, el desarrollo y el crecimiento del niño.

Por tanto, se tratarán de ver las modalidades de las identificaciones que se realizan en esa estructura: padre-madre, madre-hijo, padre-hijo y padre-madre-hijo, considerando los 5-6 años el momento en que la estructura psíquica permite el paso a la independización y en consecuencia, el paso de la primera a la segunda infancia (Dolto, 1986).

Así pues, todos los datos de la historia del desarrollo que dan forma a la anamnesis, servirán como complemento, no necesariamente imprescindible, en esta línea del síntoma por el que se acude a la consulta. Así mismo, nos va a aportar datos útiles sobre las vicisitudes que, tanto los padres como el hijo o la hija, han ido entretejiendo transversalmente en los distintos momentos del crecimiento.

Según este planteamiento, llegamos a poner a un lado, que no a prescindir, de la definición diagnóstica académica, para, libremente, buscar el esclarecimiento de cuales son los elementos que están implícitos en la problemática por la que se consulta. En nuestra organización técnica, los niños menores de la edad antes mencionada, entre los cinco y los seis años, siempre se atienden con la pareja de padres, tanto para la evaluación como para la tratamiento, salvo excepciones.

Para niños mayores de esa edad podemos contemplar, como hemos explicado antes, diferentes recursos terapéuticos a partir de la primera entrevista,

dependiendo de la problemática y de la discriminación existente entre los miembros de la familia, así como de la sintomatología presentada.

Consideramos que cuando la discriminación entre los padres y los hijos en una demanda surge con claridad y, por lo tanto, apreciamos una cierta diferenciación entre los sujetos del grupo familiar, la primera entrevista de evaluación, padres-hijo/a, abre paso a varias posibles entrevistas con el niño solo.

En los casos en los que la problemática va más allá de lo intrasubjetivo, es decir, cuando aparece confusión manifiesta en los roles, en los límites o en el discurso familiar, el proceso de evaluación se establece de forma conjunta padres-hijo/a, incluida la devolución.

5.1.5.5 PROCESO DIAGNÓSTICO CON HORA DE JUEGO

Incluimos en las entrevistas con presencia de niños, siempre, una caja de juego de cierta resistencia y con tapa, conteniendo diversos materiales y útiles de juego, que permitan al niño desplegar su discurso, ya que suele ser una vía privilegiada de expresión de conflictos y de comunicación del mundo infantil.

Los materiales de juego que componen una cesta de uso normalizado en el centro son: papel liso, tijeras, lápices, lápices de colores y bolígrafos, gomas de borrar, sacapuntas y pegamento, construcciones, plastilinas, animales de granja, coches, camiones, muñecos variados y actualizados, utensilios de cocina y de la vida diaria.

En el corte de edad de la muestra aquí presentada, los pacientes en general presentan un aspecto maduro y no se les ofrece esta caja al completo. Sí que, en cambio, se les ofrecen para usar los materiales de lápiz y papel, suficientes para hacer pequeñas composiciones pictóricas y "collages".

Para los adolescentes no suelen ofrecerse los materiales, salvo que la problemática se vea de entrada muy grave, o la inmadurez que presenta el paciente sea muy alta y sea imprescindible por la contención que afrece.

La hora de juego se realiza durante la primera sesión de contacto con el paciente, tras la entrevista diagnóstica primera que se realizó con los padres en presencia del/a paciente. El objetivo es que pueda expresar su personal ideación de los conflictos por los que acude a la consulta y establecer de ese modo un contacto directo con el/a terapeuta que le atiende.

5.1.5.6 DEVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

El final del proceso diagnóstico consiste en la devolución, momento de síntesis donde se desvelan los puntos fundamentales de la problemática que ya se ha analizado y que aparece tras el discurso familiar y la aparente adecuación de su estructura al síntoma planteado.

La devolución es un acto de explicitación y caída del síntoma como pantalla. La devolución puede hacerse a partir de la primera entrevista o necesitar varias de ellas para condensar una estructura que pueda trabajarse. En ambas situaciones se abre paso al abordaje terapéutico: individual, grupal o familiar.

Generalmente la podremos ejecutar individualmente con el adolescente y, después, con los padres, para hacer el planteamiento que sea más útil según su problemática. El proceso finalizaría con la consecución del objetivo de devolver lo obtenido, pero de una manera ordenada y construida, encaminada hacia la comprensión de los padres y del/a hijo/a.

Desde esa comprensión es que se propone la información terapéutica esclarecedora de la situación problema que generó la demanda, el abordaje psicoterapéutico indispensable, o bien, las orientaciones terapéuticas que se consideren idóneas para la resolución de la demanda planteada.

En ocasiones se indican tratamientos clínicos para otros miembros de la familia, que pueden jugar un papel central para el esclarecimiento de la demanda o de la problemática detectada. Si ocurre así se tendrá que derivar a otros programas dentro del mismo equipo, según corresponda a la problemática, a la edad y a los programas de tratamiento en activo, con lo que la persona derivada comenzaría por el proceso de recepción, abriéndosele un número de historia clínica y continuando por la evaluación con el especialista que le corresponda.

El especialista derivante informará, probablemente de palabra, al resto de su equipo de esta derivación y, a su vez, al subequipo de referencia, en el espacio en que se reúnen parar coordinar su actividad clínica.

Dicho en otros términos: se deberá trabajar la derivación efectuada para tratar de presentarla con la conformación aceptable por los programas de adultos, lo cual no es siempre posible, especialmente si se hacen abordajes farmacológicos.

La causa fundamental de lo que se podría pensar, equivocadamente, como un problema de coordinación es que los profesionales de niños han visto cuales son las dificultades del adulto que afectan a su objeto de estudio y por tanto lo que necesitan que se haga para lograr un éxito en su trabajo.

Además, los expertos situados en los programas de atención ambulatoria de adultos, tienen fijada su posición conceptual sobre lo que es su propio objeto y no es probable que coincida en nada con el de los especialistas de niños.

El hecho de que, en la Comunidad Autónoma de Madrid, pertenezcan al mismo espacio físico y dependan de la misma dirección técnica, que en general no tendrá suficiente formación acreditada, ni teórica ni práctica sobre el campo, sólo servirá para aumentar la confusión e incluso la mala competencia. Derivando en la falsa lucha de poderes que lleva a los profesionales a la mutua descalificación.

Es imprescindible que se sea consciente de que los distintos proveedores de la Salud Mental están integrados en realidad por las directrices que marcan sus programas de referencia, de los que no suelen ser responsables.

A la vez los criterios de admisión de pacientes son radicalmente diferentes, cuando se contrastan con cualquier otro programa. Es totalmente diferente la visión del perfil de un paciente adulto según que sea analizado desde la enfermedad del hijo o desde si mismo como adulto.

Por ello en ocasiones se abordan entrevistas con padres, con el único objetivo de trabajar su posición relativa y sus dificultades como tales, pero sabemos que no es idóneo tratar a los padres como sujetos de demanda propia, cuando

se está trabajando en el área de la salud mental del niño y el adolescente, aún cuando se advierta que su problemática está perturbando al hijo.

Se indicará la conveniencia de tomar iniciativas, también, en la salud mental del progenitor correspondiente, o se estimulará la conciencia de su problema, ahora que se hace algo más sensible ante el terapeuta de su hijo, pero, bajo ninguna circunstancia, se tratará a unos en lugar de los otros y, menos aún, serán tratados los padres por los mismos terapeutas que tratan a los hijos.

En esta posición la entrevista de devolución se convierte en un espacio radicalmente dinámico, donde se reorganiza toda la información recibida y se devuelve seccionada en las partes que hacen referencia a la demanda y, en más o en menos, a todos los miembros que integran una familia.

Metodológicamente se puede realizar la devolución en dos tiempos separados, a los padres y a los hijos, si el material obtenido lo aconseja. Nos ayudará, bien a diferenciar el espacio de los padres y el del hijo, bien a evitar el control de la información por alguno de los miembros del grupo familiar frente a los otros, lo que quizás no se considere beneficioso para ninguno.

5.1.6 LA INDICACIÓN TERAPÉUTICA

La indicación terapéutica la componen aquellas ofertas que, tras la finalización de la evaluación, son estimadas necesarias y adecuadas a los requerimientos de atención técnica por parte de los sujetos que acuden a consulta. La pluralidad de abordajes que se pueden ofertar va a ser, además, definida por la variedad de modalidades terapéuticas que el equipo ha podido generar, según las dinámicas a las que se ve sometido.

Básicamente la compone en toda acción de tratamiento ofertada y acordada con el paciente, con una periodicidad de tiempo y espacio, y unos objetivos de trabajo, marco que técnicamente entendemos por encuadre. La variedad posible de ofertas son: individual, de grupo y de familia.

El tratamiento de psicoterapia individual con niños y adolescentes consiste en sesiones periódicas, según el caso lo indique, de treinta minutos de duración. Se proveería de un material de juego, si fuera pertinente, generalmente en función de la edad. Se encuadra con entrevistas periódicas con los padres, que pueden llegar a ser quincenales, mensuales, bimensuales. En algunos casos de adolescentes las sesiones con los padres pueden estar excluidas del encuadre. En todo caso cuando se atiende a los padres se amplía el tiempo de intervención por acto clínico a sesenta minutos.

Por regla general estas entrevistas se realizan en presencia del paciente, salvo excepciones contadas. Se trata de momentos muy fructíferos en los que se integra gran cantidad de información, procedente de todos los integrantes de la reunión, ya que se complementan las informaciones del terapeuta, de los padres y del paciente. Todos encuentran una nueva orientación en ella.

En las entrevistas de seguimiento se elaboran los ajustes necesarios de los objetivos del tratamiento, así como las correcciones en las indicaciones a seguir, y se elaboran nuevas recomendaciones para proveer a los padres y a los propios pacientes, de recursos que faciliten la mejora de la problemática.

El terapeuta será consciente, todo el tiempo, de que su paciente es el niño o el adolescente y no los padres. No obstante dotará a estos de los recursos necesarios para impedir el progreso de la enfermedad, aunque parezca ir en

contra de los intereses de los miembros de la familia o de alguna de sus partes. Los movimientos en las alianzas deben de ser muy bien medidos.

La técnica se basa en las directrices de la orientación analítica para la terapia breve con objetivo limitado. Así se focalizan los problemas y se conduce al paciente hacia la reflexión sobre los conflictos y motivaciones latentes en sus síntomas.

El tratamiento de psicoterapia de grupo consiste en sesiones semanales de una hora y media de duración, con un máximo de ocho o diez integrantes de ambos sexos, con dos terapeutas.

Para las técnicas que se aplican a la psicoterapias se dispone de una cesta de juego con elementos lúdicos básicos y apropiados, excepto en los adolescentes.

Simultáneamente al tratamiento de los pacientes se realiza un grupo de padres/madres mensual, para sostener y apoyar el tratamiento. En él se propone hablar e intercambiar sobre los problemas que les afectan o de otras cosas que les preocupen.

El tratamiento de psicoterapia en grupo familiar consiste en sesiones periódicas de una hora de duración, con el objetivo de trabajar sobre los conflictos de las relaciones padres-hijos.

Según la necesidad de la problemática por la que se demanda puede tener dos modalidades, aquella en la que están presentes todos los miembros del grupo familiar y aquella en la que sólo están aquellos miembros designados por los terapeutas y que por lo general son los padres y el paciente o algún

otro miembro más. En estos casos, si se ve necesario, se facilita el material de juego.

5.1.6.1 ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

Orientaciones terapéuticas son, además, todas aquellas indicaciones que no conllevan un encuadre psicoterapéutico formalizado para su aplicación, aunque pueden ser utilizadas paralelamente a un encuadre psicoterapéutico. En líneas generales podemos distinguir, en este apartado, las dos vertientes referidas con anterioridad: la clínico-asistencial y la socio-comunitaria.

En la primera estarían incluidas todas las indicaciones, aclaraciones, ordenamientos del vínculo madre-padre-hijo/a, normativización, esclarecimiento, etc., tanto en el funcionamiento particular del sujeto como en el que se refiere al interno del grupo familiar o bien al externo del mismo.

En la segunda vertiente, la socio-comunitaria, irían incluidas todas las indicaciones en las que es necesario la intervención de otros servicios socio-comunitarios, educativos o sociales (Escudero y García-Villanova, 1986; Salud Comunitaria, 1983).

Para la entrada en tratamiento se pide consentimiento previo al paciente y se tiene en cuenta su opinión, ya que es el sujeto sobre el que se actua y es vital la implicación activa en su colaboración.

5.1.7 EL ENCUADRE

Con este complejo contexto descrito hasta el momento el encuadre, o setting, se posiciona como una estructura sobre la que recae el peso del posterior desarrollo de la terapia y que permite su proceso. Es una estructura que toca a todos los puntos que hacen a la definición del marco de relación entre el terapeuta y el paciente.

Vemos claramente que el encuadre está planteado en estos momentos como una tarea sobre la que se describen unos objetivos de trabajo. Donde se encuentran presentes no sólo el diseño de objetivos específicos, sino también la explicitación de los criterios para el proceso de indicación de tratamiento.

El encuadre es una estructura abierta que como acabamos de mostrar, requiere tener una concepción teórica previa de la psicología infantil y adolescente y de su forma particular de enfermar. En dicha estructura ya van diseñados los elementos del encuadre mismo y sus funciones. Por ella se puede iniciar la investigación de los procesos terapéuticos en niños y adolescentes.

No podemos olvidar así como así que son numerosos los trabajos que definen también la evaluación como parte del encuadre y que plantean la necesidad, e importancia, de las técnicas de evaluación de los procesos terapéuticos que diseñamos y llevamos a cabo.

Con los autores compartimos el criterio de que tales aspectos deben, igualmente, estar incluidos en todo encuadre, debiéndose prestar especial atención a la elaboración de programas y proyectos, que vayan dirigidos a registrar y a valorar las diferencias entre la forma, los objetivos y los resultados del setting.

Sugerimos marcar entre otras la meta de la elaboración de predictores de resultados, tanto en psicoterapia de objetivos focalizados, con o sin tema único, como en otros tipos de tratamientos con niños y adolescentes.

Los criterios de evaluación de los que hablamos se asocian, en ocasiones, con el análisis de la relación entre el diagnóstico del paciente y el trabajo terapéutico posteriormente realizado. Pero además entre ellos merecen también proponerse el estudio de los que están vinculados con las expectativas de éxito o la necesidad de cambio en los pacientes niños y adolescentes.

Otro gran bloque es el que trabaja sobre la percepción del paciente de sus propias capacidades, de la severidad del trastorno por el que se consulta y los complejos temas de su edad. La importancia de los aspectos cognitivos fundamentales, entre los que destaca como predictor estudiado en este momento la habilidad lectora, u otros que se puedan plantear. La valoración del apoyo familiar que percibe el paciente, etc..

A grandes rasgos se pueden describir dos modelos para la recogida de datos:

El primero trabaja sobre el nivel del diagnóstico individual, se basa en la recopilación de datos individuales y, lógicamente, refiere a la predicción de resultados, inferidos de tales características individuales del diagnóstico.

El segundo modelo trabaja sobre el nivel de la dinámica y estudia el efecto que el tratamiento causa y los procesos de su dinámica. Es curioso cómo la mayoría de las investigaciones ha ignorado el estudio del efecto de la terapia propiamente.

Dado que se supone que se van a valorar los efectos terapéuticos positivos, a la hora de la derivación a tratamiento de ciertos pacientes. Dado que se supone también que la experiencia es válida por las implicaciones que tiene en la adaptabilidad del paciente a las situaciones de estrés emocional.

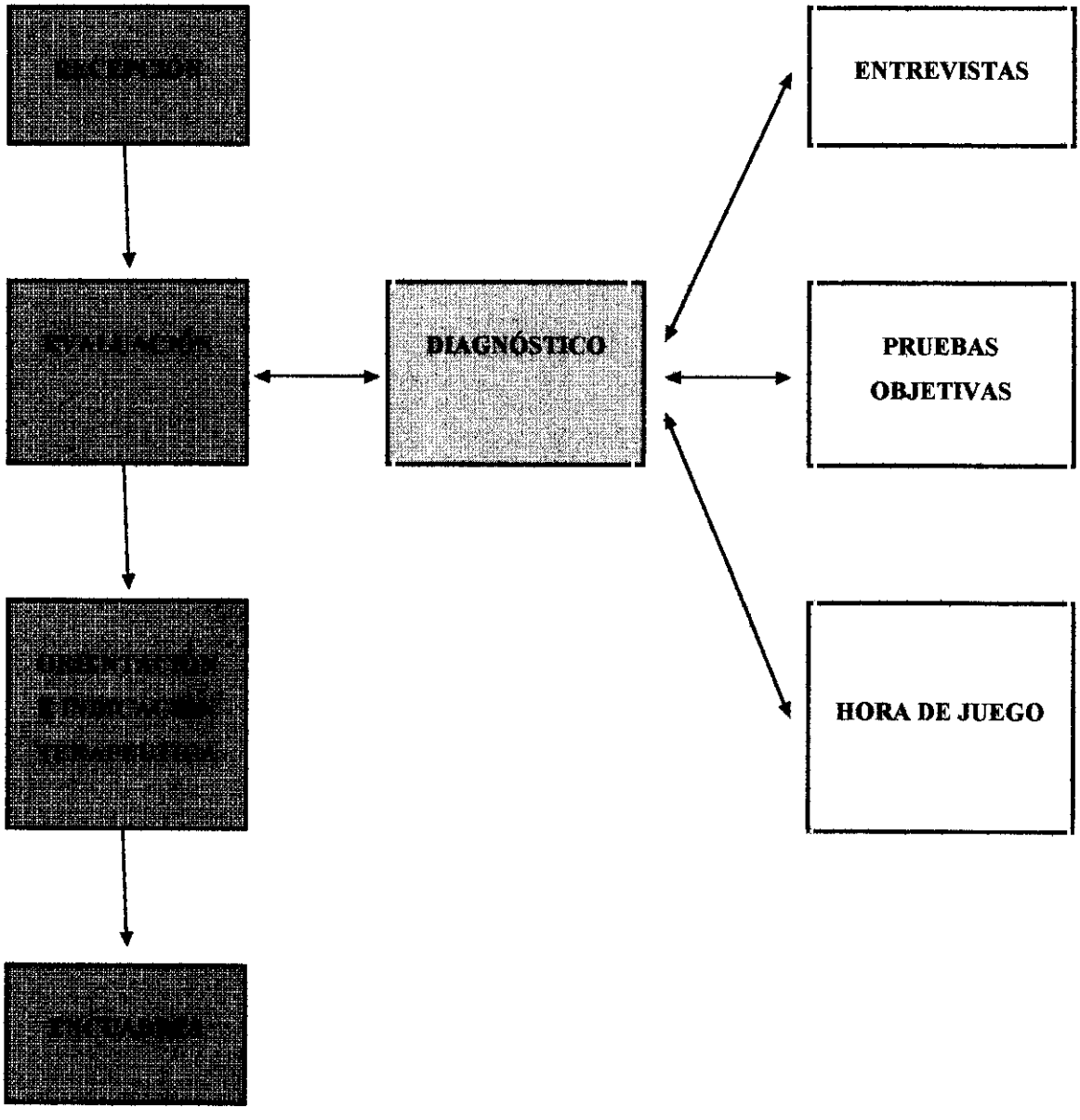
Dado que se supone igualmente que desarrolla los recursos que pone en acción para manejar, o salir de la situación problema, tanto en la familia como en otras situaciones emocionales. Parece pues importante que se incluyan sus características en cualquier modelo que estudie la efectividad de los mismos y avanzar así tanto en los temas de evaluación de resultados, como en los de registro de proceso.

5.1.8 FINALIZACIÓN DEL CONTACTO Y MOTIVOS DE ALTA

La finalización del contacto con el Servicio de Salud Mental es considerado el momento del Alta. Los motivos que se reflejan en la misma tratan de recoger toda la casuística posible. Así nos encontramos con: Fin de Estudio (01), Fin de Estudio y Derivación (02), Fin de Tratamiento (03), Fin de Tratamiento y Derivación (04), Voluntaria (05), Abandono (06), Derivación (07), Muerte (08), Suicidio (09), Cambio de Domicilio (10) y Ruptura del Contrato Terapéutico (11).

El Alta supone la elaboración de un informe en el que se detallan breves rasgos de la historia de la enfermedad, el diagnóstico, la indicación terapéutica, el proceso del tratamiento y la situación del paciente al alta e indicaciones a observar, si se considera pertinente, para el buen seguimiento del paciente. Dicho informe se envía al derivante dentro del Sistema Sanitario.

DIAGRAMA DE PROCESO DE RECEPCIÓN Y EVALUACIÓN



5.2 PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

Nuestra investigación, diseñada desde una perspectiva metodológica descriptivo-categorial, se dirige a la observación de los procesos naturales que se han descrito, que son por los que pasa todo paciente que demanda en Salud Mental: recepción, evaluación, orientación terapéutica, tratamiento y alta. Los propios terapeutas realizan la recogida de datos, como sucede en su práctica diaria, volcándolos posteriormente en los protocolos de Historia Clínica y Anamnesis y de Evaluación de Proceso (ver Anexo).

Continuamos en un segundo momento con la recogida de datos de las condiciones en las que se encuentran los pacientes al finalizar el contacto, efectuando una segunda evaluación seis meses después, las cuales pasamos a describir a continuación y que son llevadas a cabo por observadores entrenados independientes.

5.2.1 LA EVALUACIÓN FIN DE TRATAMIENTO

Con motivo de la finalización del tratamiento se realizan entrevistas con el paciente, con los padres y con el terapeuta que ha conducido el tratamiento, respetando la modalidad de atención del encuadre que se ha utilizado. En ella se les preguntan las cuestiones indicadas en los protocolos elaborados para tal fin (ver Anexo).

El fin de cada uno de ellos es evaluar la situación en la que se encuentra el paciente, en el momento del alta. Se contrasta entre las informaciones obtenidas por parte del terapeuta, del paciente y de sus padres.

Se trata de conseguir una descripción, lo más ajustada posible a la realidad, sobre qué condiciones del entorno del paciente, en cuanto a sus síntomas o padecimientos, al finalizar el tratamiento indicado o al finalizar el contacto con el Servicio de Salud Mental.

5.2.1.1 TERAPEUTA

En este protocolo se evalúan los aspectos relativos a la situación de la sintomatología, al alta del paciente, el ámbito en el que se muestra y el momento desde el que se comenzó a preciar. Así mismo se evalúan los factores asociados a los resultados, en términos de modificación de las relaciones del paciente con las personas significativas del ambiente que rodea al paciente: padres, hermanos, amistades y terceras personas.

Se evalúa también si ha habido modificaciones en los intereses propios del paciente, en el rendimiento académico, en el marco escolar relacional u otros cambios que pudieran relacionarse con el curso de la enfermedad o el propio tratamiento. Se solicitan las impresiones subjetivas del terapeuta sobre el tratamiento.

Se explora, así mismo, la opinión del especialista sobre la colaboración del paciente y de los padres, sobre el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y la empatía desarrollada con ambos subgrupos.

Finalmente se incluyen datos del cumplimiento del encuadre, en lo relativo a la reserva sobre los contenidos de las sesiones, la regularidad de la asistencia a las sesiones y la puntualidad.

Por último se investigan los aspectos referidos a la indicación terapéutica, en lo que hace al horario, al encuadre como un todo, a la periodicidad programada para las sesiones y su duración prevista.

5.2.1.2 PACIENTE

Con este protocolo se investiga la situación en la que se encuentra el paciente al alta y los ámbitos en los que se aprecia, así como la localización del momento del comienzo de los cambios, si los ha habido. Destaca como particularidad el punto de vista desde el que se enfocan las preguntas, que tratan de captar las apreciaciones subjetivas del paciente, sobre las modificaciones que hayan podido sucederse en todos los marcos referidos.

A continuación se indaga si ha habido modificaciones en las relaciones con los padres, los hermanos, las amistades y otras terceras personas. De igual manera en los centros de interés propios del paciente o en su rendimiento escolar. Además se añaden aquellas que ponen en consideración si ha habido conocimiento, en el centro escolar, de lo relativo al tratamiento y a la problemática trabajada.

Le sigue la exploración sobre la visión que tiene el paciente sobre la información, o intercambio, recibida del terapeuta y su opinión sobre la recibida por sus padres. Le sigue el bloque que indaga sobre las características de la relación empática.

Finalmente las cuestiones sobre el cumplimiento del contrato terapéutico, en cuanto al secreto, la puntualidad y la asistencia a las sesiones. Con respecto al encuadre se incluyen el horario de las sesiones, el tipo de encuadre, la periodicidad y la duración de las sesiones. Como particularidad se solicita la opinión sobre la espera al terapeuta y la impresión sobre el espacio físico.

5.2.1.3 PADRES

Con el mismo objetivo contunúa este protocolo, en su comienzo, las directrices que se acaban de explicar para los anteriores. Se indaga la situación en la que se encuentra el paciente al alta y los ámbitos en los que se aprecia, así como la localización del momento del comienzo de los cambios, sean los que sean. Destaca, como una especificidad de este protocolo, la exploración de las opiniones de los padres.

Se indaga luego si ha habido variaciones en las relaciones del paciente con ellos como padres, con los hermanos, con las amistades y con otras terceras personas. De igual manera si ha habido modificaciones en los centros de interés propios del paciente o en su rendimiento escolar. Siguen aquellas que ponen en consideración si ha habido conocimiento, en el centro escolar, de lo relativo al tratamiento y a la problemática trabajada.

Se prosigue la investigación sobre la visión que tienen los padres sobre la información, o intercambio, recibida del terapeuta y su opinión sobre la recibida por su hijo. Le sigue el bloque que indaga sobre las características de la relación empática del terapeuta con ellos, pero también con su hijo.

Finalmente las cuestiones sobre el cumplimiento del contrato terapéutico, en cuanto al secreto, la puntualidad y la asistencia a las sesiones. Con respecto al encuadre se incluyen el horario de las sesiones, el tipo de encuadre, la periodicidad y la duración de las sesiones.

Como particularidad se solicita la opinión sobre la espera al terapeuta y la impresión sobre el espacio físico. Finalmente se incluyen algunas preguntas sobre su opinión acerca del grado de cumplimiento y de colaboración, del contrato terapéutico, por parte del hijo como paciente.

Para los casos que interrumpen el proceso tipo esperado, causando alta por abandono del proceso terapéutico indicado, se aplica el protocolo de fin de tratamiento en la vertiente del terapeuta. Con lo que se trata de obtener datos para saber en que condiciones se encontraba el paciente en ese momento y tratar de entender, en la medida de lo posible, el proceso que llevó al desenlace no previsto ni acordado.

Este tipo de información acompaña normalmente al resto de los contenidos del expediente del caso, en el archivo central del Servicio, junto a la ficha de registro del tipo de alta que se ha causado. Se da cuenta, por este procedimiento, de los pormenores de la relación terapéutica y las circunstancias que, en opinión del especialista estaban activas condicionando el desenlace.

5.2.2 LA EVALUACIÓN SEMESTRAL, SEGUIMIENTO AL ALTA

A los seis meses de finalizado el tratamiento o el contacto con el Servicio, se efectúa una entrevista con el pacientes y otra con sus padres, para formularle

las preguntas que se encuentran reflejadas en los Protocolos de Seguimiento (ver Anexo).

La evaluación a los seis meses del alta clínica incluye, en su planificación y diseño, los variados motivos de alta que se pueden llegar a dar. En nuestra investigación se han hecho dos agrupamientos que marcan las diferencias cualitativas existentes entre todas las posibilidades:

5.2.2.1 SUBGRUPO DE PACIENTES EN PSICOTERAPIA

El primer subgrupo lo componen los pacientes que, superando la evaluación diagnóstica, han iniciado el tratamiento, independientemente de que lo completaran o no. A estos pacientes se les somete a los protocolos que se describen a continuación.

PACIENTE

Con este protocolo se evalúa la situación actual del paciente, a los seis meses del alta, rogándole que exprese como se encuentra en este momento, en que ámbito se aprecia su estado y si percibe modificaciones en las relaciones con las personas de su entorno significativo: padres, hermanos, amistades u otras terceras personas, desde la finalización del tratamiento. Si las ha habido en sus centros de interés o en el rendimiento académico.

A continuación se investiga si, en su opinión, se han apreciado sus síntomas en el ámbito escolar. Se solicita una valoración de la utilidad del tratamiento en la actualidad, tanto para el paciente como, en su opinión, para los padres. Se

investiga si se aprecian nuevos síntomas o problemas y si están en relación con el episodio anterior. Por último se interroga si ha habido alguna otra consulta por parte de algún otro miembro de la familia.

PADRES

En este protocolo se les pide a los padres que expresen la situación actual sintomatológica de su hijo y los medios en los que se puede apreciar. Las modificaciones que observan en las relaciones, del paciente, con el entorno más significativo, el de los padres, hermanos, amistades y otros terceros. Los posibles cambios en el área de los intereses propios del hijo y su rendimiento escolar o si ha habido manifetación de algún tipo de problema en el centro escolar.

Se evalúa la opinión que poseen, en este momento, sobre la utilidad del tratamiento, transcurridos ya seis meses e igualmente, la opinión que piensan que tiene el paciente. A continuación se indaga la apreciación de nuevos síntomas y su posible relación con el episodio anterior y, para finalizar, si ha acudido algún otro miembro de la familia a solicitar atención en nuestro centro.

5.2.2.2 SUBGRUPO DE PACIENTES SIN TRATAMIENTO

Con respecto al segundo subgrupo, aquellos pacientes de la muestra que no han accedido a tratamiento, sea cual fuera el motivo, se les somete a los protocolos que se describen a continuación.

PACIENTE

Con este protocolo se investiga la evolución actual de los síntomas que se presentaron a estudio, en el motivo de consulta del paciente, cuando acudió solicitando atención y el ámbito en el que se aprecia dicha evolución. Si ha habido modificaciones en las relaciones con las personas de su entorno significativo, el de los padres, hermanos, amigos y terceras personas, desde la última visita al Servicio de Salud Mental. Si las ha habido en sus centros de interés personal o en el rendimiento escolar.

Se investiga si se han apreciado otras modificaciones sintomatológicas. Se solicita una valoración de la utilidad del contacto tenido con nuestro Servicio, tanto para él como para sus padres, desde su punto de vista. Se investiga si se aprecian nuevos síntomas o problemas y si pudieran estar en relación al episodio anterior. Finalmente se indaga si ha habido alguna otra consulta por parte de algún otro miembro de la familia.

PADRES

Con este protocolo se les pide a los padres que expresen la situación actual sintomatológica de su hijo, en referencia a la última visita que realizaron al Servicio de Salud Mental y los ámbitos en los que se podría apreciar.

Las modificaciones actuales que se aprecian en las relaciones con el entorno más significativo: padres, hermanos, amistades y terceras personas. Los posibles cambios en el área de los intereses propios del hijo y su rendimiento escolar.

Se evalúa la opinión que poseen en este momento sobre la utilidad del tratamiento, transcurridos ya los seis meses y la opinión que piensan que tiene el paciente sobre el mismo tema.

A continuación se indaga la posible apreciación de nuevos síntomas y su relación con el episodio anterior y, por último, si ha acudido algún otro miembro de la familia a solicitar atención en nuestro Servicio.

Se han realizado los contrastes estadísticos necesarios, para los valores de Chi-cuadrado a un límite de confianza del 95%, con el estadístico de Mantel-Haenszel y la corrección de Yates, aplicándose el test exacto de Fisher cuando los valores son menores de 5 y también el test de McNemar (Carrasco 1986, Amón 1994). El análisis estadístico de la información se ha realizado con el programa Epi Info Versión 6 en Español Epidemiología con Microordenadores (1996), programa específicamente diseñado para este tipo de análisis y más manejable en entornos clínicos que es SPSS o el BMDP.

En su conjunto del programa de la investigación se puede visualizar de manera global en el gráfico adjunto.

5.2.3

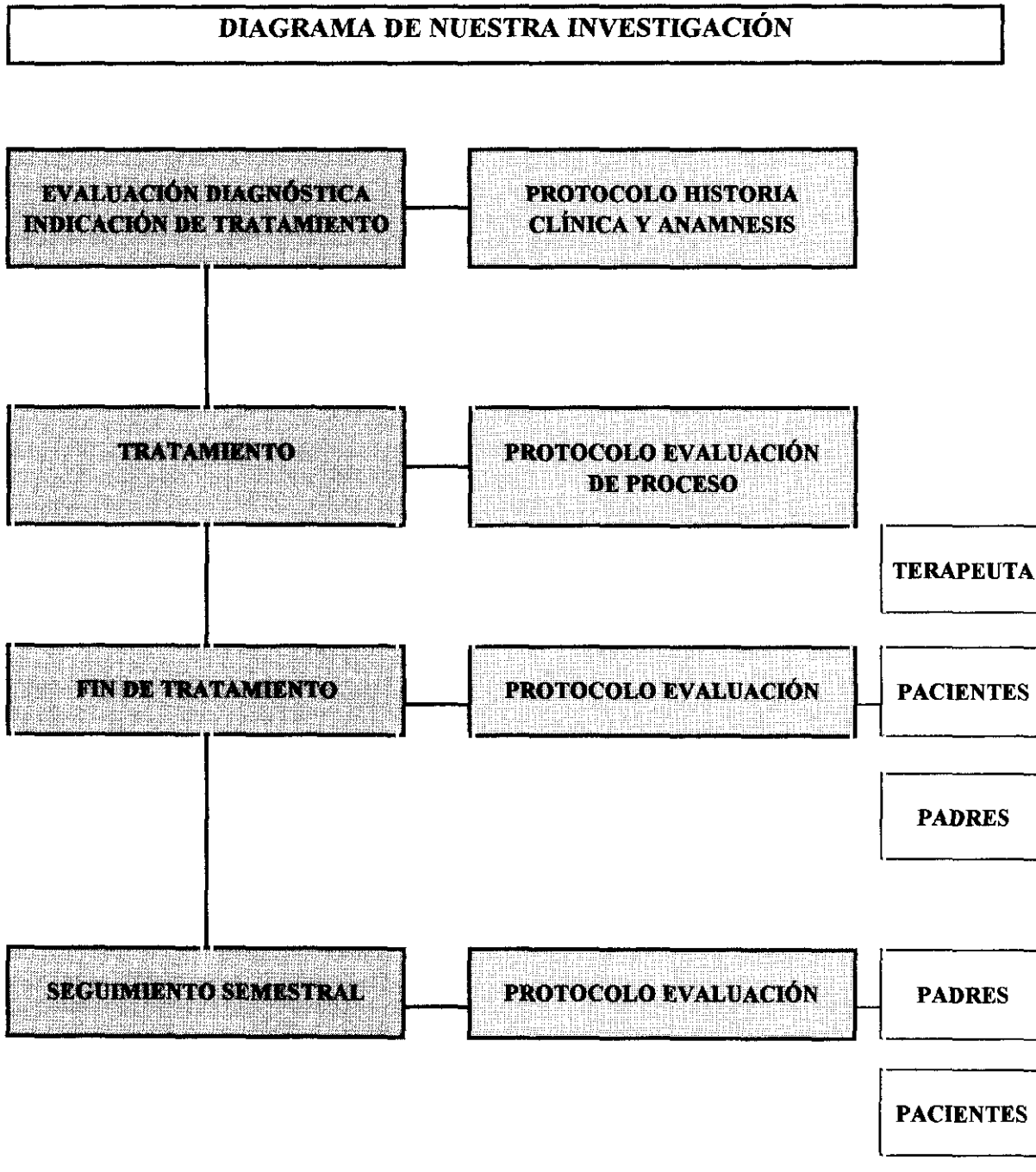


DIAGRAMA DE NUESTRA INVESTIGACIÓN
EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO
PROTOCOLO HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS
TRATAMIENTO
PROTOCOLO EVALUACIÓN DE PROCESO
TERAPEUTA
FIN DE TRATAMIENTO
PROTOCOLO EVALUACIÓN
PACIENTES
PADRES
SEGUIMIENTO SEMESTRAL
PROTOCOLO EVALUACIÓN
PADRES
PACIENTES

Como hipótesis a contrastar con los resultados que se obtendrán de la investigación de los procesos psicoterapéuticos y los resultados de los mismos, nos formulamos las siguientes preguntas:

¿Son efectivos los tratamientos psicoterapéuticos que se llevan a cabo con niños y adolescentes? y en caso afirmativo ¿Su efectividad se sostiene en un plazo de tiempo suficiente?. ¿Consideran útiles los pacientes y sus padres los materiales psíquicos trabajados durante la psicoterapia?, ¿Se comparten criterios en las opiniones sobre los procesos y los resultados o por el contrario son muy dispares tales opiniones, entre los terapeutas, los pacientes y los padres?

En un plano más específico nos preguntamos también acerca de la historia clínica y el diagnóstico. Así ¿Serán similares entre los varones y las mujeres los trastornos que se presentan a consulta?, ¿Qué diferencias habrá también entre sexos en los procesos mórbidos?, ¿Se puede establecer un intervalo temporal definido desde la aparición de los síntomas hasta la consulta en Salud Mental del Niño y del Adolescente?, ¿Se puede relacionar la duración del trastorno con la adherencia al tratamiento?, ¿Pueden considerarse relevantes los datos de la historia clínica de los pacientes como indicadores de proceso psicoterapéutico positivo?

Abundando en el proceso psicoterapéutico nos preguntamos si el cumplimiento de las pautas de tratamiento farmacológico varía con la edad. Si es así ¿Destaca un punto de inflexión?, ¿Qué características su relación con la psicoterapia?.

En el caso de los pacientes que solicitan nuevo tratamiento nos preguntamos si hay diferencias entre los pacientes que iniciaron tratamiento y los que no.

¿Hay diferencias por causa del género de los pacientes en cuanto al motivo por el que se producen las altas?.

En cuanto al resultado de los tratamientos nos preguntamos si se pueden establecer correspondencias significativas entre las valoraciones de los terapeutas, los pacientes y los padres en cuanto al nivel de salud trás la psicoterapia. ¿Son significativamente diferentes las opiniones si las hay?.

En lo que respecta a los elementos del encuadre y la relación terapéutica nos preguntamos si hay diferencias significativas en la opinión sobre la colaboración en el tratamiento. ¿Influye la adecuada asistencia al tratamiento en los resultados del mismo?, ¿Qué función tiene el secreto entre terapeuta y paciente sobre los materiales que se trabajan en el tratamiento, en los resultados del tratamiento?.

Con el paso del tiempo quizás varía la idea del estado de salud de los pacientes, ¿Serán opiniones coincidentes o divergentes las de los pacientes y sus padres?, ¿Hay diferencias significativas en las relaciones de los pacientes con los hermanos, las amistades, terceras personas o centros de interés?, ¿Hay variaciones entre los géneros en estos aspectos en el seguimiento semestral, tras el tratamiento?.

En cuanto al ámbito académico ¿Se pueden observar diferencias significativas en el rendimiento académico con el paso del tiempo?, ¿Hasta qué punto piensan que se perciben sus problemas en los centros escolares?,

5.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

5.3.1 ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN

La muestra seleccionada se obtiene de la consulta aportada por los dos Adjuntos psicoterapeutas psicólogos del Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes del Servicio de Salud Mental, un hombre (Terapeuta A) y una mujer (Terapeuta B).

El terapeuta A es un Licenciado en Filosofía y Letras Sección de Psicología en 1979, Master en Teoría Psicoanalítica, miembro activo de varias asociaciones científicas: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) en las que participa de sus actividades.

En la actualidad es Vicesecretario de la Sociedad Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis (SEGPA) y Secretario 1º de la Mesa de la Sección de Psicología del Ateneo de Madrid. Está acreditado como Psicoterapeuta de Niños y Adolescentes, Psicoterapeuta de Adultos y Psicoterapeuta de Grupos por la SEGPA, Sociedad miembro de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.

La mayor parte de su desarrollo profesional ha sido dedicado al campo de la infancia y la adolescencia, en la actualidad está contratado indefinidamente como Adjunto del Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes del Área Sanitaria 10, Distrito de Getafe. Es autor de numerosas publicaciones en revistas acreditadas de psicología, ponente de múltiples trabajos de

investigación en diversos actos científicos, Congresos y Jornadas, de ámbito tanto nacional como internacional.

El psicoanálisis personal se aproxima a las 1200 horas. La supervisión personal de casos clínicos está cercana a las 500 horas y la experiencia de supervisión clínica a otros profesionales supera las 500 horas.

La terapeuta B es una Licenciada en Filosofía y Letras Sección de Psicología en 1979, miembro de varias asociaciones científicas: Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) en las que participa activamente de sus actividades.

En la actualidad es Vicepresidenta de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Vicepresidenta de la Mesa de la Sección de Psicología del Ateneo de Madrid y Vocal de la Sociedad Española para el Desarrollo del Grupo, la Psicoterapia y el Psicoanálisis (SEGPA). Está acreditada como Psicoterapeuta de Niños y Adolescentes, Psicoterapeuta de Adultos y Psicoterapeuta de Grupos por la SEGPA, Sociedad miembro de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.

La mayor parte de su desarrollo profesional ha sido dedicado al campo de la *infancia y la adolescencia, en la actualidad es coodinadora del Programa de* Salud Mental de Niños y Adolescentes del Área 10, Distrito Sanitario de Getafe. Es autora de numerosas publicaciones en revistas acreditadas de psicología, ponente de múltiples trabajos de investigación, teórica y de campo, en diversos actos científicos, Congresos y Jornadas, de ámbito tanto nacional como internacional.

El psicoanálisis personal se aproxima a las 1000 horas. La experiencia de supervisión personal de casos clínicos llega alas 500 horas y su experiencia de supervisión clínica a otros profesionales supera las 500 horas.

Cronológicamente la muestra se recopila en la consulta natural llegada a la Recepción del Programa de Evaluación desde el comienzo del mes de Septiembre del 1993, hasta la finalización del mes de Septiembre de 1994. Se analizará en su evaluación, orientación terapéutica, proceso de tratamiento y alta.

5.3.2 CARACTERÍSTICAS GENERALES

La muestra que se presenta a continuación se compone de 58 casos, de edades comprendidas entre los 11'01 y los 16'08 años, con una media de 13'10 y una desviación típica (SD) de 1'68. Está compuesta por 26 varones, (44'83%), de edades comprendidas entre los 11'01 años y los 16'08 años, cuya edad media es de 13'06 años, Desviación Típica 1'98 y 32 mujeres (56'17%), de edades comprendidas entre los 11'01 años y los 16'08 años. La edad media de las mujeres de la muestra es de 14'00 y la Desviación Típica 1'70.

Todos los casos son provenientes de familias de raza blanca, de religión católica y de nacionalidad española. En 55 casos (94'83%) los pacientes provienen de régimen de filiación matrimonial y en 3 casos (5'17%), 2 mujeres y 1 varón provienen de régimen de filiación adoptiva (A10, A13, A16).

En 42 casos (72'41%), la escolarización se realiza en centros públicos, 21 varones y 21 mujeres. En 13 casos (22'41%) la escolarización se realiza en

centros privados, 3 varones y 10 mujeres. 3 casos (5'17%) no están escolarizados (A09, B07 y B18), aunque lo habían estado con anterioridad.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS/AS PACIENTES

		TOTAL	%	VARONES	MUJERES
SEXO	**Varones** **Mujeres**	26 32	44'83 55'17	26 0	0 32
EDAD	**Máxima** **Mínima** **Media** **SD**	16'08 11'01 13'10 1'66		16'08 11'01	16'08 11'01
RELIGIÓN	**Católica**	58	100'00	26	32
NACIONALIDAD	**Española**	58	100'00	26	32
FILIACIÓN	**Matrimonial** **Adoptiva**	56 3	94'83 5'17	25 1	30 2
CENTRO EDUCATIVO	**Público** **Privado** **No escolarizado**	42 13 3	72'41 22'41 5'17	25 3 2	21 10 1
ESCOLARIZACIÓN ANTERIOR	**Sí** **No**	34 24	58'62 41'38	16 10	18 14

En 34 casos (58'62%), la escolarización está adecuada a la edad, 16 varones y 18 mujeres. En 24 casos (41'38%), la escolarización no está adecuada a la edad, 10 varones y 14 mujeres.

5.3.2.1 COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES

DESCRIPCIÓN DE LOS PADRES Y DE LAS MADRES

		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	Máximo Mínimo Media SD	60'00 31'00 43'05 6'44		56'00 30'00 41'00 5'63	
[illegible]	Católica	58	100'00	58	100'00
[illegible]	Española	58	100'00	58	100'00
[illegible]	Casado Divorciado Soltero	49 3 6	84'48 5'17 10'34	49 3 6	84'48 5'17 10'34
[illegible]	Primarios 2º Grado 1º Ciclo 2º Grado 2º Ciclo 3º Grado 1º Ciclo 3º Grado 2º Ciclo 3º Grado 3º Ciclo Sin estudios	29 16 3 4 3 1 2	50'00 27'59 5'17 6'90 5'17 1'72 3'45	35 15 4 2 0 0 2	60'34 25'86 6'90 3'45 0'00 0'00 3'45

DESCRIPCIÓN DE LOS PADRES Y MADRES

Los padres tienen edades comprendidas entre los 31 y los 60 años y su edad media es de 43 años y 5 meses. Todos son españoles y católicos.

En cuanto a su nivel educativo nos encontramos con que en 2 casos no tienen estudios, 29 casos tienen estudios primarios, 16 casos tienen títulos de segundo grado primer ciclo, 3 casos tienen títulos de segundo grado segundo ciclo, 4 casos tienen estudios de tercer grado primer ciclo, 3 casos tienen estudios de tercer grado segundo ciclo y 1 caso tiene estudios de tercer grado tercer ciclo.

En cuanto a las madres, estas tienen edades comprendidas entre los 30 y los 56 años y su edad media es de 41 años. Todas son españolas y católicas.

Por lo que se refiere a su nivel educativo nos encontramos con que en 2 casos no tienen estudios, 35 casos tienen estudios primarios, 15 casos tienen títulos de segundo grado primer ciclo, 4 casos tienen títulos de segundo grado segundo ciclo, 2 casos tienen estudios de tercer grado primer ciclo.

ESTADO CIVIL Y TIEMPO CONVIVENCIA

El estado civil de los hogares está constituido por 49 casos casados, 3 casos divorciados y 6 casos separados. La convivencia original se mantiene en 47 casos, con un tiempo de convivencia entre los 11 y los 43 años, con una media de 19 años. La convivencia original no se mantiene en 11 casos, con un tiempo de convivencia entre los 3 y los 18 años y una media de 10 años y 6 meses.

NÚMERO DE HIJOS

El número de hijos oscila entre 1 y 4, detallándose de la siguiente manera: 7 tienen 1 hijo, 27 tienen 2 hijos, 17 tienen 3 hijos y 7 tienen 4 hijos. Respecto al número de orden los pacientes ocupan el primer lugar en 28 casos, el segundo lugar en 18 casos, el tercer lugar en 9 casos y el cuarto lugar en 3 casos.

DESCRIPCIÓN DE LOS HOGARES

		TOTALES	%
CONVIVEN	Sí	47	81'03
	No	11	18'97
TIEMPO DE CONVIVENCIA (original)	Máximo	43'00	
	Mínimo	11'00	
	Medio	19'00	
	SD	5'69	
TIEMPO DE CONVIVENCIA (no original)	Máximo	18'00	
	Mínimo	3'00	
	Medio	10'06	
	SD	4'50	
HERMANOS	1 hijo	7	12'07
	2 hijos	27	46'55
	3 hijos	17	29'31
	4 hijos	7	12'07
Nº DE ORDEN	1er lugar	28	48'28
	2º lugar	18	31'03
	3er lugar	9	15'52
	4º lugar	3	5'17

ADECUACIÓN DE LOS HOGARES

En lo referido a las condiciones físicas en las que se realiza la convivencia en la casa familiar, se aprecia que 7 casos, 3 son varones y 4 son mujeres, no reúnen condiciones mínimas que favorezcan la salud mental, dándose algún tipo de hacinamiento, habitaciones compartidas con sexos, excesivo número de familiares en pocos metros cuadrados, etc.

ESTABILIDAD Y ADECUACIÓN EMOCIONAL

En lo referido a la adecuación de las relaciones familiares y su estabilidad nos encontramos con que en 28 casos, 11 son varones y 17 son mujeres, la estabilidad y la adecuación en las relaciones familiares se considera Bastante. De ellos 1 caso, se trata de 1 mujer, se encuentra en tratamiento cuando se finaliza la recogida de datos de el presente estudio.

Otros 5 casos causan alta por 01, Fin de Estudio, los 5 son mujeres. En 3 casos, 2 varones y 1 mujer, se procede al alta por 02, Fin de estudio y Derivación. En 11 casos el motivo del alta es 03, Fin de Tratamiento, 6 son varones y 5 son mujeres. En 2 casos, 1 varón y 1 mujer, se realiza el alta por 05, Alta Voluntaria. En 5 casos, 2 son varones y 3 son mujeres, el motivo del alta es 06, Abandono, de los cuales ninguno comienza tratamiento excepto 1, el de 1 mujer.

En 2 casos se considera que hay Bastante Adecuación y Escasa Estabilidad, 1 es varón, que causa alta por 05, Alta Voluntaria y 1 es mujer que causa alta por 03, Fin de Tratamiento.

En otros 2 casos se considera que hay Bastante Adecuación y Mucha Estabilidad, son 1 varón y 1 mujer, el motivo de alta para ambos es 03, Fin de Tratamiento.

En las relaciones familiares se considera Mucha lo referido a la adecuación de las relaciones familiares y su estabilidad en 3 casos, 1 es varón y 2 son mujeres, con altas por 01, 03 y 06 respectivamente. El abandono es de 1 caso que inició tratamiento.

En las relaciones familiares se valora Escasa lo referido a la adecuación de las relaciones familiares y su estabilidad en 6 casos, 1 es varón y 5 son mujeres, con altas por 06, Abandono, el que se realiza sin iniciar el tratamiento.

Se valora Escasa Adecuación y Bastante Estabilidad en 7 casos, 4 varones y 3 mujeres. De ellos 1 caso, varón, causa alta por 01, Fin de Estudio. 2 casos, varón y mujer causan alta por 03, Fin de Tratamiento. 4 casos, 2 son varones y 2 son mujeres, causan alta por 06, Abandono, uno de los cuales , 1 varón, no accede había accedido a tratamiento.

Se valora Escasa Adecuación y Ninguna Estabilidad en 2 casos, varón y mujer, que permanecen en tratamiento cuando finaliza la recogida de datos.

En las relaciones familiares se valora Ninguna lo referido a la adecuación de las relaciones familiares y su estabilidad en 4 casos, todos varones. De ellos 2 casos finalizan con altas por 01, Fin de Estudio. Otros 2 casos finalizan con altas por 06, Abandono, sin iniciar tratamiento.

Se valora Ninguna Adecuación y Bastante Estabilidad en 3 casos. De ellos 1 mujer causa alta por 01, Fin de Estudio y 1 varón y 1 mujer causan alta por 06.

Se valora Ninguna Adecuación y Escasa Estabilidad en 1 caso, varón, que permanece en tratamiento cuando finaliza la recogida de datos.

5.3.3 COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA DESGLOSADA POR PSICOTERAPEUTAS

Los casos aportados por cada terapeuta, A y B, conforman la siguiente distribución:

5.3.3.1 PSICOTERAPEUTA A

El psicoterapeuta A aporta 32 casos a la muestra, 17 varones, de 11'01 a 16'05 años de edad, y 15 mujeres, de 12'01 a 16'04 años de edad, cuya edad media es de 13 años y 9 meses. 29 casos provienen de régimen de filiación matrimonial. 3 casos provienen de régimen de filiación adoptiva, 2 mujeres y 1 varón (A10, A13 Y A16 respectivamente).

26 casos están escolarizados en centros públicos, 15 varones y 11 mujeres. 5 casos están escolarizados en centros privados, 1 varón y 4 mujeres. 1 caso, varón, no está escolarizado (A09), aunque lo había estado con anterioridad. En 18 casos la escolarización está adecuada a la edad, 9 varones y 9 mujeres. En 14 casos la escolarización no está adecuada a la edad, 8 varones y 6 mujeres.

DESCRIPCIÓN MUESTRA TERAPEUTA A, N=32 (55'17%)

[illegible]	Varones	17	100'00	0	0'00	17	53'13
	Mujeres	0	0'00	15	100'00	15	46'88
[illegible]	Máxima	16'05		16'04		16'05	
	Mínima	11'01		12'01		11'01	
	Media	13'06		14'00		13'09	
	SD	1'86		1'31		1'64	
[illegible]	Católica	17	100'00	15	100'00	32	100'00
[illegible]	Española	17	100'00	15	100'00	32	100'00
[illegible]	Matrimonial	16	94'12	13	86'67	29	90'63
	Adoptiva	1	5'88	2	13'33	3	9'38
[illegible]	Público	15	88'24	11	73'33	26	81'25
	Privado	1	5'88	4	26'67	5	15'63
	No escolarizado	1	5'88	0	0'00	1	3'13
[illegible]	Sí	9	52'94	9	60'00	1	56'25
	No	8	47'06	6	40'00	14	43'75

La convivencia original se mantiene en 28 casos, con un tiempo de convivencia entre los 13 años y los 43 años. La convivencia original no se mantiene en 4 casos, con un tiempo de convivencia entre los 4 años y los 15 años.

DESCRIPCIÓN CONVIVENCIA, SUBMUESTRA TERAPEUTA A

		♂	%	♀	%	TOTAL	%
CONVIVENCIA	Sí	13	76'47	15	100'00	28	87'50
	No	4	23'53	0	0'00	4	12'50
TIEMPO DE CONVIVENCIA (MESES)	Máximo	32'00		43'00		43'00	
	Mínimo	13'00		16'00		13'00	
	Medio	18'00		21'06		19'10	
	SD	5'23		7'18		6'48	
TIEMPO DE CONVIVENCIA (SEMANAS)	Máximo	15'00		0'00		15'00	
	Mínimo	4'00		0'00		4'00	
	Medio	10'00		0'00		10'00	
	SD	4'69		0'00		4'69	

DESCRIPCIÓN CONVIVENCIA, SUBMUESTRA TERAPEUTA A

		♂	%	♀	%	TOTAL	%
NÚMERO DE HIJOS	1 hijo	1	5'88	2	13'33	3	9'38
	2 hijos	9	52'94	5	33'33	14	43'75
	3 hijos	5	29'41	5	33'33	10	31'25
	4 hijos	2	11'76	3	20'00	5	15'63
ORDEN DE NACIMIENTO	1er lugar	8	47'06	6	40'00	14	43'75
	2º lugar	6	35'29	4	26'67	10	31'25
	3er lugar	2	11'76	4	26'67	6	18'75
	4º lugar	1	5'88	1	6'67	2	6'25

El número de hijos oscila entre 1 y 4, detallándose de la siguiente manera: 3 tienen 1 hijo, 14 tienen 2 hijos, 10 tienen 3 hijos y 5 tienen 4 hijos. Respecto al número de orden los pacientes ocupan el primer lugar en 14 casos, el segundo lugar en 10 casos, el tercer lugar en 6 casos y el cuarto lugar en 2 casos.

DESCRIPCIÓN DE LOS PADRES

DESCRIPCIÓN PADRES, SUBMUESTRA TERAPEUTA A

		♂	%	♀	%	TOTAL	%
[illegible]	Máxima Mínima Media SD	52'00 32'00 43'00 5'27		61'00 38'00 48'00 7'28		61'00 32'00 45'06 6'77	
[illegible]	Católica	17	100'00	15	100'00	32	100'00
[illegible]	Española	17	100'00	15	100'00	32	100'00
[illegible]	Casado Divorciado Soltero	13 2 2	76'47 11'76 11'76	15 0 0	100'00 0'00 0'00	28 2 2	87'50 6'25 6'25
[illegible]	Primarios 2º Grado 1er Ciclo 2º Grado 2º Ciclo 3er Grado 1er Ciclo 3er Grado 2º Ciclo 3er Grado 3er Ciclo Sin estudios	10 4 0 1 1 0 0	58'82 23'53 0'00 5'88 5'88 0'00 0'00	4 4 2 2 2 0 1	26'67 26'67 13'33 13'33 13'33 0'00 6'67	14 8 2 3 3 0 1	43'75 25'00 6'25 9'38 9'38 0'00 3'13

Las edades de los padres oscilan entre los 37 y los 61 años, con una edad media de 45 años y 6 meses. El estado civil es de 2 separados, 2 divorciado y 28 casados.

En cuanto a su nivel educativo nos encontramos con que 1 caso no tiene estudios, 14 casos tienen estudios primarios, 8 casos tienen títulos de segundo grado primer ciclo, 2 caso tiene títulos de segundo grado segundo ciclo y 4 casos tienen estudios de tercer grado primer ciclo y 3 tienen títulos de tercer grado segundo ciclo.

DESCRIPCIÓN DE LAS MADRES

Las madres tienen edades comprendidas entre los 34 y los 56 años y su edad media es de 42 años y 9 meses. Están casadas 28 madres, 2 madres están divorciadas y 2 madres están separadas.

En cuanto a su nivel educativo nos encontramos con que 1 caso no tiene estudios, 16 casos tienen estudios primarios, 10 casos tienen títulos de segundo grado primer ciclo, 3 casos tienen títulos de segundo grado segundo ciclo, 2 casos tienen estudios de tercer grado primer ciclo.

DESCRIPCIÓN MADRES, SUBMUESTRA TERAPEUTA A

		[illegible]	%	[illegible]	%	[illegible]	%
[illegible]	Máxima	50'00		56'00		56'00	
	Mínima	34'00		35'00		34'00	
	Media	40'03		45'04		42'09	
	SD	4'57		5'66		5'63	
[illegible]	Católica	17	100'00	15	100'00	32	100'00
[illegible]	Española	17	100'00	15	100'00	32	100'00
[illegible]	Casada	13	76'47	15	100'00	28	87'50
	Divorciada	2	11'76	0	0'00	2	6'25
	Soltera	2	11'76	0	0'00	2	6'25
[illegible]	Primarios	11	64'71	5	33'33	16	50'00
	2º Grado 1º Ciclo	5	29'41	5	33'33	10	31'25
	2º Grado 2º Ciclo	1	5'88	2	13'33	3	9'38
	3º Grado 1º Ciclo	0	0'00	2	13'33	2	6'25
	3º Grado 2º Ciclo	0	0'00	0	0'00	0	0'00
	3º Grado 3º Ciclo	0	0'00	0	0'00	0	0'00
	Sin estudios	0	0'00	1	6'67	1	3'13

5.3.3.2 PSICOTERAPEUTA B

La psicoterapeuta B aporta 26 casos a la muestra, 9 varones de 11'01 años a 16'08 años de edad y 17 mujeres de 11'01 años a 16'08 años, cuya edad media es de 13 años y 10 meses. Todos los casos provienen de régimen de filiación matrimonial.

DESCRIPCIÓN MUESTRA TERAPEUTA B, N=26 (44'83%)

		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	Varones Mujeres	9 0	100'00 0'00	0 17	0'00 100'00	9 17	34'62 65'38
[illegible]	Máxima Mínima Media SD	16'08 11'01 13'07 1'98		16'08 11'01 14'00 1'70		16'08 11'01 13'10 1'77	
[illegible]	Católica	9	100'00	17	100'00	26	100'00
[illegible]	Española	9	100'00	17	100'00	26	100'00
[illegible]	Matrimonial Adoptiva	9 0	100'00 0'00	17 0	100'00 0'00	26 0	100'00 0'00
[illegible]	Público Privado No escolarizado	6 2 1	66'67 22'22 11'11	10 6 1	58'82 35'29 5'88	16 8 2	61'54 30'77 7'69
[illegible]	Sí No	7 2	77'78 22'22	9 8	52'94 47'06	16 10	61'54 38'46

16 casos están escolarizados en centros públicos, 6 varones y 10 mujeres. 8 casos están escolarizados en centros privados, 2 varones y 6 mujeres. 2 casos no están escolarizados, 1 varón y 1 mujer (B07 y B18), aunque lo habían estado con anterioridad. En 16 casos la escolarización está adecuada a la edad, 7 varones y 9 mujeres. En 10 casos la escolarización no está adecuada a la edad, 2 varones y 8 mujeres.

La convivencia original se mantiene en 19 casos, con un tiempo de convivencia entre los 11 años y los 28 años. La convivencia original no se mantiene en 7 casos, con un tiempo de convivencia entre los 3 años y los 18 años.

DESCRIPCIÓN CONVIVENCIA, SUBMUESTRA TERAPEUTA B

		♂	%	♀	%	TOTAL	%
CONVIVENCIA	Sí	5	55'56	14	82'35	19	73'08
	No	4	44'44	3	17'65	7	26'92
TIEMPO DE CONVIVENCIA (original)	Máximo	23'00		28'00		28'00	
	Mínimo	13'00		11'00		11'00	
	Medio	18'02		17'06		17'08	
	SD	7'01		4'40		4'13	
TIEMPO DE CONVIVENCIA (no original)	Máximo	18'00		11'00		18'00	
	Mínimo	9'00		3'00		3'00	
	Medio	13'03		8'00		11'00	
	SD	4'03		4'36		4'72	
HIJOS/AS	1 hijo	3	33'33	1	5'88	4	15'38
	2 hijos	3	33'33	10	58'82	13	50'00
	3 hijos	2	22'22	5	29'41	7	26'92
	4 hijos	1	11'11	1	5'88	2	7'69
HIJOS/AS (orden)	1º lugar	4	44'44	10	58'82	14	53'85
	2º lugar	3	33'33	5	29'47	8	30'77
	3º lugar	2	22'22	1	5'88	3	11'54
	4º lugar	0	0'00	1	8'88	1	3'85

El número de hijos oscila entre 1 y 4, detallándose de la siguiente manera: 4 tienen 1 hijo, 13 tienen 2 hijos, 7 tienen 3 hijos y 2 tienen 4 hijos. Respecto al

número de orden los pacientes ocupan el primer lugar en 14 casos, el segundo lugar en 8 casos, el tercer lugar en 3 casos y el cuarto lugar en 1 casos.

DESCRIPCIÓN DE LOS PADRES

DESCRIPCIÓN PADRES, SUBMUESTRA TERAPEUTA B

		♂	%	♀	%	TOTAL	%
EDAD	Máxima	47'00		58'00		58'00	
	Mínima	35'00		35'00		35'00	
	Media	40'06		41'09		41'04	
	SD	4'13		5'91		5'30	
RELIGIÓN	Católica	9	100'00	17	100'00	26	100'00
NACIONALIDAD	Española	9	100'00	17	100'00	26	100'00
ESTADO CIVIL	Casado	6	66'67	15	88'24	21	80'77
	Divorciado	0	0'00	1	5'88	1	3'85
	Soltero	3	33'33	1	5'88	4	15'38
ESTUDIOS	Primarios	5	55'56	10	58'82	15	57'69
	2º Grado 1er Ciclo	3	33'33	5	29'41	8	30'77
	2º Grado 2º Ciclo	0	0'00	1	5'88	1	3'85
	3er Grado 1er Ciclo	0	0'00	0	0'00	0	0'00
	3er Grado 2º Ciclo	0	0'00	0	0'00	0	0'00
	3er Grado 3er Ciclo	1	11'11	0	0'00	1	3'85
	Sin estudios	0	0'00	1	5'88	1	3'85

Las edades de los padres oscilan entre los 35 y los 58 años, con una edad media de 41 años y 4 meses. El estado civil es de 4 separados, 1 divorciado y 21 casados.

En cuanto a su nivel educativo nos encontramos con que 1 caso no tiene estudios, 15 casos tienen estudios primarios, 8 casos tienen títulos de segundo grado primer ciclo, 1 caso tiene títulos de segundo grado segundo ciclo y 1 caso tiene estudios de tercer grado tercer ciclo.

DESCRIPCIÓN DE LAS MADRES

DESCRIPCIÓN MADRES, SUBMUESTRA TERAPEUTA B

		♂	%	♀	%	TOTAL	%
EDAD	Máxima	46'00		54'00		54'00	
	Mínima	34'00		30'00		30'00	
	Media	28'05		39'06		39'01	
	SD	3'61		5'76		5'06	
RELIGIÓN	Católica	9	100'00	17	100'00	26	100'00
NACIONALIDAD	Española	9	100'00	17	100'00	26	100'00
ESTADO CIVIL	Casada	6	66'67	15	88'24	21	80'77
	Divorciada	0	0'00	1	5'88	1	3'85
	Soltera	3	33'33	1	5'88	4	15'38
ESTUDIOS	Primarios	6	66'67	13	76'47	19	73'08
	2º Grado 1er Ciclo	2	22'22	3	17'65	5	19'23
	2º Grado 2º Ciclo	1	11'11	0	0'00	1	3'85
	3er Grado 1er Ciclo	0	0'00	0	0'00	0	0'00
	3er Grado 2º Ciclo	0	0'00	0	0'00	0	0'00
	3er Grado 3er Ciclo	0	0'00	0	0'00	0	0'00
	Sin estudios	0	0'00	1	5'88	1	3'85

Las madres tienen edades comprendidas entre los 30 y los 54 años y su edad media es de 39 años y 1 mes. Están casadas 21 madres, 1 madre está divorciada y 4 madres están separadas.

En cuanto a su nivel educativo nos encontramos con que 1 caso no tiene estudios, 19 casos tienen estudios primarios, 5 casos tienen títulos de segundo grado primer ciclo, 1 caso tiene títulos de segundo grado segundo ciclo.

IV ANÁLISIS DE DATOS:

ASPECTOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

IV ANÁLISIS DE DATOS:
ASPECTOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DE PROCESO DIAGNÓSTICO

6.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA DERIVACIÓN

La totalidad de los casos están derivados por la institución sanitaria, mediante la cumplimentación del informe preceptivo. Tanto serán los médicos de cabecera, como los pediatras o los especialistas los que hacen la derivación efectiva.

El origen de la demanda se sitúa en la escuela en 10 casos, 9 de los cuales son varones y 1 mujer, de edades comprendidas entre los 11 y los 16 años. Se sitúa en la familia en 29 casos, 12 varones y 17 mujeres, de edades comprendidas entre los 11 y los 15 años. Se sitúa en los médicos del Sistema

Sanitario en 9 casos, 2 varones y 7 mujeres, de edades comprendidas entre los 11 y los 16 años. Se sitúa en otra institución, Servicios Sociales Municipales, en 1 caso, mujer de 15 años. Los casos de petición propia se sitúan en 9 casos, 3 varones y 6 mujeres, de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años.

CARACTERÍSTICAS DE LA DERIVACIÓN

		TOTALES	PORCENTAJE (%)
PROFESIONAL DERIVANTE	MÉDICO	58	100'00
INSTITUCIÓN	SANITARIA	58	100'00
SOPORTE	INFORME	56	96'55
	P-10	2	3'45
ORIGEN DEMANDA	ESCUELA	10	17'24
	FAMILIA	29	50'00
	MÉDICO	9	15'52
	OTROS	1	1'72
	PETIC. PROPIA	9	15'52

6.1.1.1 TERAPEUTA A

El origen de la demanda se sitúa en la escuela en 7 casos, 6 de los cuales son varones y 1 mujer, de edades comprendidas entre los 11 y los 16 años. Se

sitúa en la familia en 18 casos, 9 varones y 9 mujeres, de edades comprendidas entre los 13 y los 15 años. Se sitúa en los médicos del Sistema Sanitario en 3 casos, mujeres, de edades comprendidas entre los 13 y los 15 años. Los casos de petición propia se sitúan en 4 casos, 3 varones y 2 mujeres, de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años.

DERIVACIÓN, SUBMUESTRA TERAPEUTA A

		VARONES	(%)	MUJERES	(%)	TOTAL	(%)
DERIVACIÓN	MÉDICO	17	100'00	15	100'00	32	100'00
INSTITUCIÓN	SANITARIA	17	100'00	15	100'00	32	100'00
SOPORTE DE	INFORME	17	100'00	15	100'00	32	100'00
	P-10	0	0'00	0	0'00	0	0'00
ORIGEN DEMANDA	ESCUELA	6	35'29	1	6'67	7	21'88
	FAMILIA	9	52'94	9	60'00	17	56'25
	MÉDICO	0	0'00	3	20'00	3	9'38
	OTROS	0	0'00	0	0'00	0	0'00
	PETICIÓN PROPIA	2	11'76	2	13'33	4	12'50

6.1.1.2 TERAPEUTA B

El origen de la demanda se sitúa en la escuela en 3 casos, todos varones, de edades comprendidas entre los 11 y los 13 años. Se sitúa en la familia en 11 casos, 3 varones y 8 mujeres, de edades comprendidas entre los 11 y los 15 años. Se sitúa en los médicos del Sistema Sanitario en 6 casos, 2 varones y 4

mujeres, de edades comprendidas entre los 11 y los 16 años. Se sitúa en otra institución, Servicios Sociales Municipales, en 1 caso, mujer de 15 años. Los casos de petición propia se sitúan en 5 casos, 1 varones y 4 mujeres, de edades comprendidas entre los 14 y los 16 años.

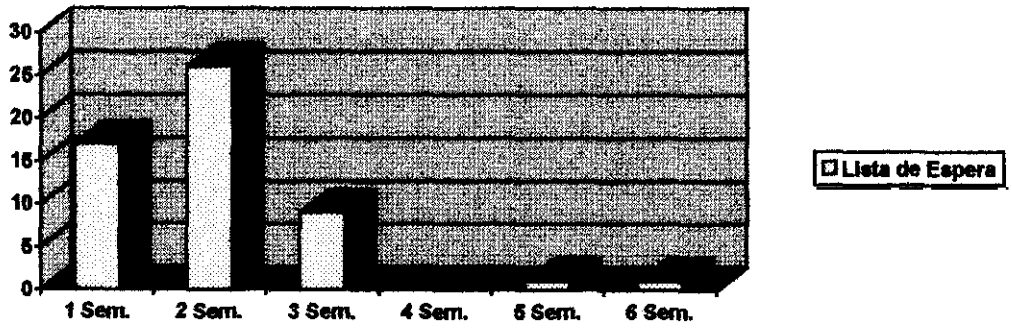
DERIVACIÓN, SUBMUESTRA TERAPEUTA B

		VARONES	(%)	MUJERES	(%)	TOTAL	(%)
DERIV.	MÉDICO	9	100'00	17	100'00	26	100'00
INSTIT.	SANITAR.	9	100'00	17	100'00	26	100'00
SOPORT.	INFOR.	1	11'11	1	5'88	2	7'69
TE	P-10	8	88'89	16	94'12	26	92'31
ORIGEN	ESCUELA	3	33'33	0	0'00	3	11'54
DEMAN-	FAMILIA	3	33'33	8	47'06	11	11'31
DA	MÉDICO	2	22'22	4	23'53	6	23'08
	OTROS	0	0'00	1	5'83	1	3'85
	PETIC. PROPIA	1	11'11	4	23'53	5	19'23

6.1.2 LISTA DE ESPERA

17 casos aguardaron una espera inferior a una semana para la primera entrevista e iniciar la atención. 26 debieron de aguardar una espera inferior a dos semanas. 9 lo hicieron por debajo de las tres semanas. 1 caso esperó hasta 5 semanas y 1 caso lo hizo hasta seis semanas. En consecuencia el 74% estuvo en lista de espera un tiempo inferior a dos semanas.

LISTA DE ESPERA					
	1 SEMANA	- 2 SEMAN.	- 3 SEMAN.	- 5 SEMAN.	- 6 SEMAN.
Nº CASOS	17	26	9	1	1
(%)	(29.3)	(44.8)	(15.5)	(1.7)	(1.7)



La distribución por sexos y edades de este apartado resulta completamente aleatorio y no observa ninguna distribución significativa, al ser estrictamente consecuente con su llegada al mostrador de Recepción del Servicio de Salud Mental, no encontrándose tampoco ningún agrupamiento casual.

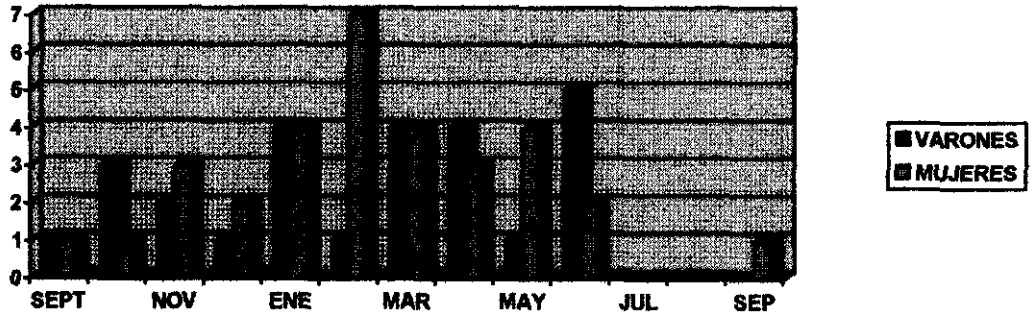
6.1.3 DISTRIBUCIÓN DE LA PETICIÓN DE CONSULTA

La llegada al azar de los casos, a la recepción del S.S.M., se realiza según una fluctuación definida. El corte de edad está situado en los 11 años cumplidos, por el límite inferior y los 17 no cumplidos, en el límite superior.

En septiembre de 1993, fecha de comienzo de la recogida de datos, solicitan atención 2 casos, 1 varón y 1 mujer. En el mes de octubre lo hacen 4 casos, 3 son varones y 1 es mujer. Durante el mes de noviembre consultan 5 casos, 2 varones y 3 mujeres. En diciembre lo hacen 3 casos, 1 varón y 2 mujeres.

En enero de 1994 consultan 8 casos, 4 son varones y 4 son mujeres. En febrero lo hacen 8 casos, 1 es varón y 7 son mujeres. En marzo acuden a solicitar evaluación 8 casos, 4 son varones y 4 son mujeres. En el mes de abril son 7 casos, 4 son varones y 3 son mujeres, Durante el mes de mayo lo hacen 5 casos, 1 es varón y 4 son mujeres. En junio son 7 casos, 5 son varones y 2 son mujeres. En Septiembre de 1994, fecha de finalización de la recogida de casos de consulta para evaluación y tratamiento de la muestra, consulta 1 caso, es mujer.

DISTRIBUCIÓN ANUAL DE LA PETICIÓN DE CONSULTA



Se puede apreciar que la distribución de sexos es homogénea en su fecha de recepción, salvo en el mes de febrero. Destaca un ligero aumento sostenido durante el primer trimestre del año. De igual manera destaca una ausencia de

solicitudes de atención en los meses correspondientes a las vacaciones de verano, fechas en las que desaparece la demanda sobre las edades motivo del estudio.

Parece razonable que se encuentren las familias frente a cierta dispersión de la atención sobre los conflictos por la llegada de las vacaciones escolares, los posibles cambios de actividad, los viajes y campamentos, las idas al pueblo de origen de sus familias y el consecuente reencuentro con los amigos y conocidos de veranos anteriores, espacio social donde la presión sobre los adolescentes se aminora y las actividades de ocio aumentan. Los familiares adultos se encuentran en el ambiente de vacaciones igualmente. El contacto y el roce entre las generaciones se hace menor, más distendido y relajado, el umbral de tolerancia se hace más alto.

6.1.4 DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS POR ASISTENCIA A LAS ENTREVISTAS

La primera entrevista con el especialista asignado al caso, que acontece en la primera visita, inicia el proceso diagnóstico. Hay 5 casos que no hacen acto de presencia, (A31, A32, B21, B23 y B24), lo que constituye una deserción, catalogada como parte del Motivo de Alta 06, titulado genéricamente Abandono.

Ninguno de los 5 casos nombrados explica sus motivos para no presentarse, a pesar de haber acudido al centro a pedir la cita y haber estado en lista de espera menos de 2 semanas, lo que se considera en todos los ámbitos sanitarios de la Salud Mental un tiempo máximo adecuado. Tampoco ningún caso había solicitado nueva atención al año y medio de finalizado el contacto.

La demanda había sido iniciada por la escuela en el caso de A31 y A32, constituyendo un ramillete de tres hermanos, dos mujeres y un varón, de los que solamente acudió la madre, acompañada por la tercera de las pacientes designadas, a la primera consulta, lo que se podría interpretar como una solicitud selectiva de atención.

Al no usar la escuela el vehículo de la coordinación institucional entre servicios, el caso hubo de implicar a la Atención Primaria para practicar uno de los otros caminos de acceso al dispositivo de Salud Mental, solicitando el informe de derivación.

Con la demanda de cita para los tres hijos bien se podría acallar a la escuela. Con el acceso a consulta con una de las demandantes bien se podría contentar también al cabecera derivante y hacer un amago de búsqueda de una solución rápida, mágica y sin contrapartidas, apoyada en el modelo médico de atención-respuesta, de uso normalizado en la Atención Primaria. La tercera persona a la que nos referimos también causó alta por 06 tras esta primera consulta diagnóstica, sin más explicaciones.

Otros 5 casos se presentan a la primera entrevista sin ser acompañados por los padres, se trata de 4 mujeres y 1 varón, todos ellos tienen edades comprendidas entre los 15 y los 16 años, lo que marca su independencia de los padres para desenvolverse en la solicitud de demanda de resolución para sus necesidades, por estar inmersos en la adolescencia.

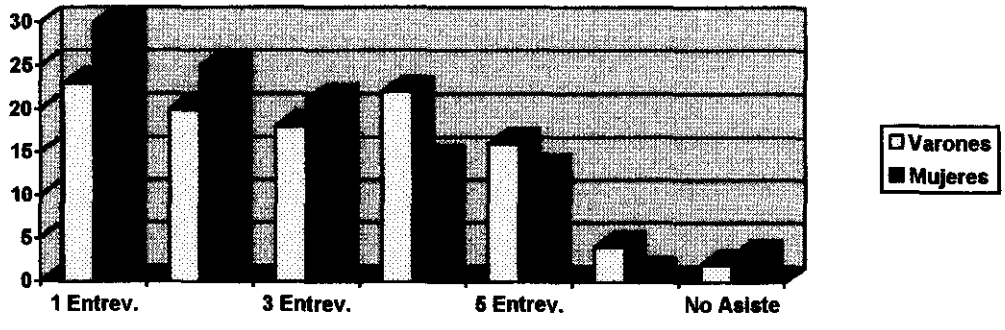
1 caso realiza hasta 5 entrevistas diagnósticas incluyendo a la madre en una sexta y última, siendo el único caso de todo este subgrupo que culmina con fin de tratamiento su motivo de alta. 1 caso realiza 4 entrevistas, iniciando un tratamiento que culmina con alta voluntaria.

2 casos, 2 varones, realizan 1 sola entrevista, tras la que abandonan el contacto con el servicio. Este tipo de contacto, nada infrecuente en la adolescencia, es de interés para otra futura investigación por inducir a pensar que la rapidez del contacto pudiera implicar una condensación transferencial de difícil manejo en un Sistema Sanitario como el actual.

El quinto caso de este subgrupo, 1 mujer, acude a este programa para informarse de que se haría y como trabajaríamos, para abordar la problemática por la que consultó al médico de cabecera, pero informa al especialista que se encuentra bien y que no cree necesario continuar con la intervención.

ASISTENCIA A LAS ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS

	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	NO/AS.
VARÓN	23	19	18	17	15	1	2
MUJER	30	26	21	19	14	4	3



Este caso explícita no necesitar ser atendida ni diagnosticada y sólo quiere dejar la puerta abierta a un contacto rápido si se ve necesitada de atención. Posteriormente realizará consulta por una demanda igual, con un contacto y una recuperación muy rápida.

ASISTENCIA A LA PRIMERA ENTREVISTA

A la primera entrevista, una vez recibidas las oportunas consignas de composición familiar en la asistencia, acceden 53 casos, de los que acuden los padres y el paciente en 30 casos, 17 son varones y 13 son mujeres. Acuden los padres sin el paciente en 3 casos, 2 son varones y 1 es mujer. Acude el padre solo en 1 caso, 1 mujer. Acuden la díada madre paciente en 13 casos, 3 son varones y 10 son mujeres. Acude el paciente con otro familiar, hermana mayor, en 1 caso, 1 mujer. Acude el paciente solo en 5 casos, 1 es varón y 4 son mujeres.

Los motivos del Alta de los 5 casos restantes, 2 son varones y 3 son mujeres, son los citados y analizados anteriormente.

ASISTENCIA A LA SEGUNDA ENTREVISTA

A la segunda entrevista acceden 45 casos, de los que 39 son citados para entrevista individual con el paciente designado, 18 son varones y 21 son mujeres. En 2 casos se cita a la díada madre hija. En 1 caso se cita a la madre, 1 mujer. En 1 caso se cita a la paciente con su tía. En 1 caso se cita al padre y a la madre, 1 mujer. En 1 caso se cita a la tríada padre madre hijo.

Los motivos de Alta de los 8 casos que no acceden a la segunda entrevista son: 4 casos por 01, fin de estudio, 2 son varones y 2 son mujeres. 1 caso por 02, fin de estudio y derivación, varón. 3 casos por 06, 2 son varones y 1 es mujer, nuevos abandonos del contacto. Provienen de la entrevista anterior 5 casos de abandono, 2 son varones y 3 son mujeres.

ASISTENCIA A LA TERCERA ENTREVISTA

A la tercera entrevista acceden 39 casos, de los que 35 son citados para entrevista individual con el paciente designado, 18 son varones y 17 son mujeres. En 3 casos se cita a díada madre hija. En 1 caso se cita a la tríada padre madre hijo, 1 mujer.

De los 6 nuevos casos que no acceden a la tercera entrevista 2 casos por acceder en ese momento a tratamiento, 2 mujeres. 1 caso por 01, Fin de Estudio, mujer. 3 casos por 06, Abandono del Contacto, 1 es varón y 2 son mujeres, que se pueden añadir a los 8 casos de abandono que provienen de la entrevista anterior, 4 son varones y 4 son mujeres.

ASISTENCIA A LA CUARTA ENTREVISTA

A la cuarta entrevista acceden 36 casos, de los que 28 son citados para entrevista individual con el paciente designado, 16 son varones y 12 son mujeres. En 4 casos se cita a la tríada padre madre hijo. En 1 caso se cita a la madre, de una paciente mujer. En 3 casos se cita a la díada madre paciente, 2 son varones y 1 es mujer.

De los 3 nuevos casos que no acceden a la cuarta entrevista 1 caso, mujer, accede a tratamiento. En 2 casos se procede al Alta por 01, Fin de Estudio, 2 mujeres. Provienen de la entrevista anterior 11 casos de abandono, 5 son varones y 6 son mujeres.

ASISTENCIA A LA QUINTA ENTREVISTA

A la quinta entrevista acceden 29 casos, de los que 5 son citados para entrevista individual con el paciente designado, 2 son varones y 3 son mujeres. En 13 casos se cita a la tríada padre, madre e hijo, 7 son varones y 6 son mujeres. En 4 casos se cita al padre y a la madre sin paciente, 3 son varones y 1 es mujer. En 7 casos se cita a la díada madre paciente, 4 son varones y 3 son mujeres.

De los 7 casos que no acceden a la quinta entrevista 6 inician tratamiento, 2 son varones y 4 son mujeres. En 1 caso, 1 mujer, se produce un nuevo abandono del contacto que se podría añadir a los 11 casos de abandono, 5 son varones y 6 son mujeres, que provienen de las entrevistas anteriores.

ASISTENCIA A LA SEXTA ENTREVISTA

A la sexta y última entrevista del proceso diagnóstico, ningún caso necesitó más entrevistas, acceden 5 casos, de los que 4 son varones y 1 es mujer. En 1 caso se cita a la madre, 1 varón. En 2 casos se cita a la díada madre hijo, 2 varones. En 2 casos se cita a la tríada padre madre hijo, 1 es varón y 1 es mujer.

De los 24 casos que no acceden a esta sexta y última entrevista 14 son varones y 10 son mujeres. De ellos 21 casos inician tratamiento, 12 son varones y 9 son mujeres. En 2 casos se realiza Alta por 01, Fin de Estudio, 1 varón y 1 mujer. 1 caso realiza Alta por 02, Fin de Estudio y Derivación, 1 varón.

Con respecto al último grupo de 5 casos restante tras realizar la sexta entrevista, 3 casos inician tratamiento, las 3 son mujeres. En 1 caso, varón, realiza Alta por 01, Fin de Evaluación. 1 caso, varón, realiza Alta por 06, Abandono del Contacto, que se podría añadir a los 11 casos de abandono, que provienen de las entrevistas anteriores, conformando un total de 12 casos de abandono durante el proceso diagnóstico, de los que 6 son varones y 6 son mujeres.

6.2 RESULTADOS DE DIAGNÓSTICO

6.2.1 ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES

En 34 casos no se aprecian antecedentes familiares psicopatológicos, 15 son varones y 19 son mujeres.

En 24 casos si se aprecian antecedentes familiares psicopatológicos, distribuidos de la siguiente manera:

En 8 casos, de ellos 2 son varones, cuyas 2 madres padecen trastornos depresivos. 6 son mujeres, cuyas 4 madres y 2 abuelas maternas también padecen trastornos depresivos.

En 5 casos con neurosis, de los cuales 4 son varones que corresponden con 2 madres, 1 abuelo materno y 1 abuela materna. 1 caso, mujer, cuya madre también padece neurosis.

En 1 caso, correspondiente a un varón hay antecedentes de psicosis en su abuela materna.

En 5 casos se producen otro tipo de trastornos, en 2 de ellos son las madres de 2 varones las que lo padecen. En los otros 3 casos son el abuelo paterno, la hermana y la pareja parental de 3 mujeres.

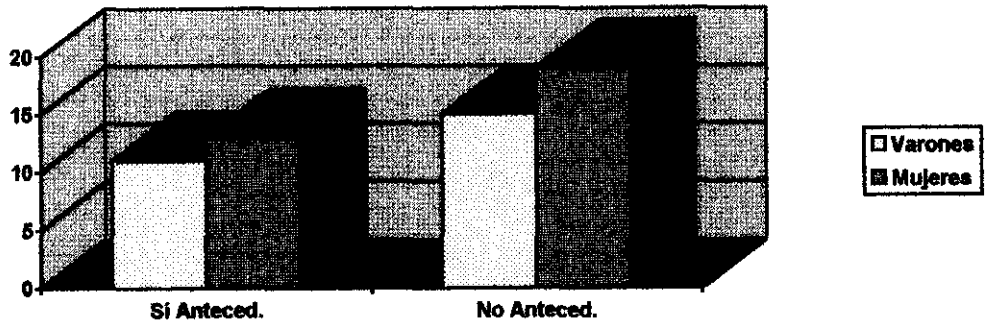
En 2 casos hay trastornos del sueño, correspondientes a 1 varón cuyos padres están afectados de tales trastornos y a 1 mujer, cuyo hermano lo padece también.

En 2 casos se aprecian trastornos de ansiedad, 1 varón cuyos padres padecen el trastorno y 1 mujer con su padre en igual circunstancia.

En 1 caso hay un trastorno del control de los impulsos, se trata de 1 mujer cuyo padre padece este trastorno.

ANTECEDENTES PSICOPATOLÓGICOS FAMILIARES

	SI		NO	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
Nº DE CASOS	11	13	15	19



6.2.2 DIAGNÓSTICO DE LA MUESTRA

Del total de la muestra hay 48 pacientes que han cubierto el proceso diagnóstico completo, nos encontramos con los siguientes cuadros clínicos descritos en primer diagnóstico.

2 casos se encuentran entre los episodios depresivos, 1 caso, mujer, con un trastorno depresivo moderado F32.1 y 1 caso, varón, con un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve F33.00, sin síntomas somáticos.

2 casos, 2 mujeres, se encuentran entre los Otros Trastornos de Ansiedad. 1 caso diagnosticado de trastorno de pánico F41.0 y otro mixto de ansiedad y depresión F41.2.

1 caso, mujer, se encuentra incluido entre los trastornos obsesivos compulsivos del F42.

11 casos se encuentran incluidos entre los trastornos de adaptación bajo el paraguas de los F43. 2 casos, las 2 son mujeres, con reacción depresiva breve F43.20. 1 caso, varón, con reacción mixta de ansiedad y depresión F43.22. 5

casos, 3 son de varones y 2 son de mujeres, con predominio de alteración de otras emociones F43.23 y 3 casos, 2 son de varones y 1 es mujer, con alteración de las emociones y disociales mixtas F43.25.

1 caso, el de 1 mujer, se encuentra incluido en el F44.3, trastorno de trance y posesión.

4 casos, las 4 son mujeres, se encuentran incluidos entre los trastornos somatoformos bajo el paraguas de los F45. 3 casos con trastorno de somatización indiferenciado F45.1, 1 caso con trastorno de dolor somatomorfo persistente F45.4.

2 casos, de 2 mujeres, se encuentran bajo el paraguas de los trastornos de la conducta alimentaria F50. Los 2 casos diagnosticados de anorexia nerviosa e incluido entre los F50.0.

3 casos están clasificados entre los trastornos del sueño de origen no orgánico F51. 1 caso, 1 varón, está diagnosticado de insomnio no orgánico F51.0. 1 caso, 1 varón, de pesadillas F51.5 y 1 caso, 1 mujer, de trastorno no orgánico del sueño, no especificado F51.9.

1 caso, 1 varón, fue diagnosticado de factores psicológicos o del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar F54 + L98 alopecia.

1 caso, 1 mujer, se encuentra incluido entre los trastornos mentales y del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación F59.

2 casos, el de 2 varones, se encuentran incluidos en otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar F81.8.

1 caso, 1 mujer, se encuentra incluido entre los trastornos generalizados del desarrollo F84.

1 caso, 1 varón, se encuentra incluido entre los trastornos de la actividad y de la atención F90.0.

2 casos, 2 varones, se encuentran diagnosticados entre los trastornos disociales limitados al contexto familiar F91.0.

1 caso, 1 varón, se encuentra diagnosticado como trastorno disocial en niños socializados F91.2.

1 caso, 1 mujer, se encuentra incluido entre los trastornos de ansiedad se separación de la infancia F93.0.

3 casos, de 3 mujeres, se encuentran diagnosticados como otros trastornos de las emociones de la infancia F93.8.

1 caso, 1 varón, está incluido en el grupo de el mutismo electivo F94.0.

2 casos, de 2 mujeres, se encuentran diagnosticados como trastornos de vinculación de la infancia desinhibido F94.2.

5 casos, 4 son varones y 1 es mujer, se encuentran diagnosticados como enuresis no orgánica 98.0.

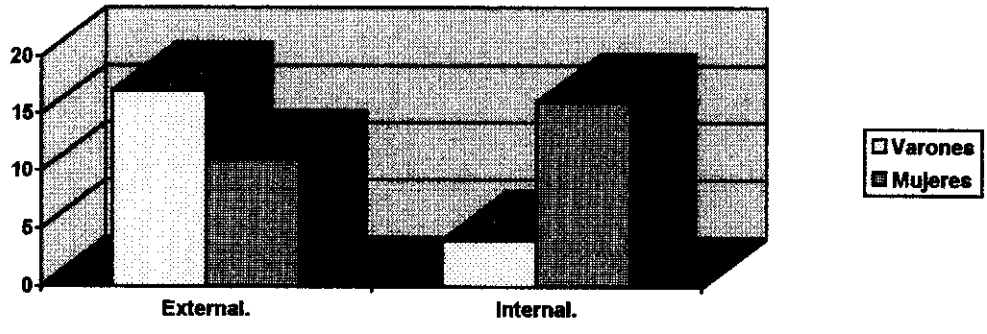
1 caso, 1 mujer, se encuentra diagnosticado como trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia sin especificación F98.9.

El agrupamiento de los diagnósticos de la muestra en las dos categorías de trastornos de corte externalizado o internalizado, muy comunes en la literatura, nos arroja un balance como el que figura en la tabla y el gráfico adjuntos, resultando significativas la diferencias de los diagnósticos por sexos al p = 0'01.

AGRUPAMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA MUESTRA

	INTERNALIZADOS		EXTERNALIZADOS	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
Nº DE CASOS	4	16	17	11

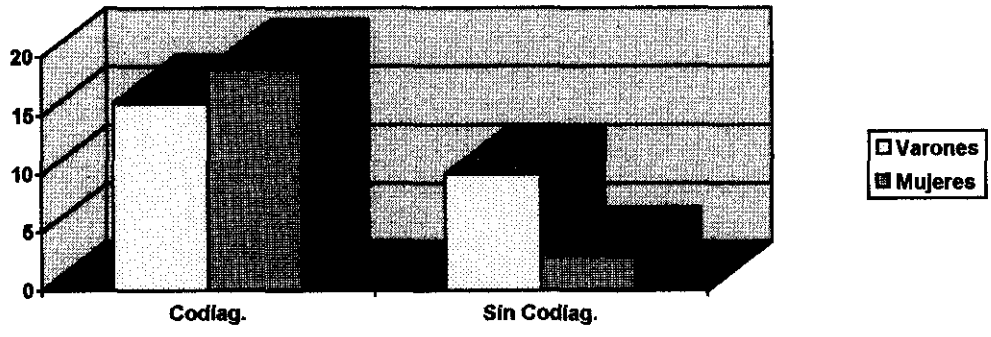
p = 0'01



6.2.3 CODIAGNÓSTICO DE LA MUESTRA

En 35 casos se produce la presencia de codiagnóstico, de ellos 16 casos son varones y 19 son mujeres.

PRESENCIA DE CODIAGNÓSTICOS



6.2.4 INDICACIONES FARMACOLÓGICAS

En 16 casos se administró medicación, o se mantuvo si la traían ya indicada de antes. De los que 8 casos fueron tratados con antidepresivos, 3 son varones y 5 son mujeres. 5 casos fueron tratados con ansiolíticos, todas son mujeres. 3 casos fueron tratados con neurolépticos, 1 son varón y 2 son mujeres.

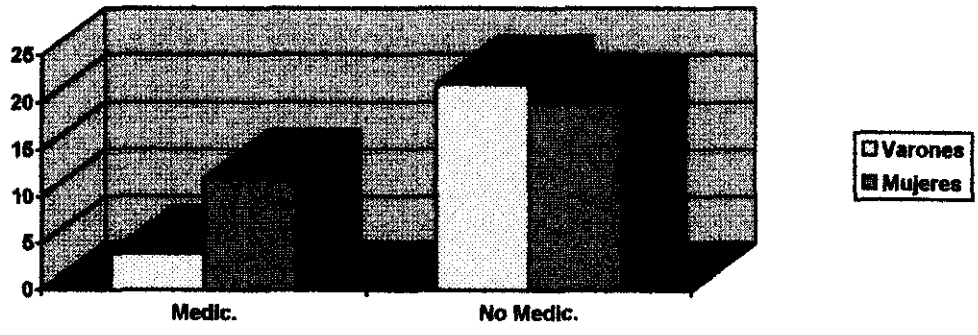
La totalidad de los casos menos 1 continuaron en tratamiento en el programa. 3 de los casos, después de la finalización del periodo de la recogida de datos

para la investigación, seguían en tratamiento, se encuentran incluidos en este subgrupo, lo que podría constituir uno de los indicadores de gravedad.

El caso que no se inicia tratamiento, es el B26, un varón que venía medicado del Servicio de Urgencias del Hospital de Zona, al que se mantuvo la medicación e hizo un alta por 06, Abandono, en la segunda entrevista, por lo que no se le pudo hacer el seguimiento del cumplimiento de la misma.

INDICACIONES FARMACOLÓGICAS

	SI		NO	
	VARONES	MUJERES	VARONES	MUJERES
Nº DE CASOS	4	12	22	20



6.2.5 SESIONES CLÍNICAS

En 16 casos, 7 son varones y 9 son mujeres, no se realizaron sesiones clínicas para el contraste y el control del diagnóstico que realiza el psicoterapeuta. Los motivos de alta que realizan estos pacientes son 7 casos por 01, Fin de Estudio. 1 caso por 02, Fin de Estudio y Derivación. 8 casos por 06, Abandono.

Estos pacientes no permiten tener de ellos ni siquiera una primera impresión diagnóstica psicopatológica. Son casos que acuden para ser informados de los procesos posibles a seguir, que quieren conocer la opinión rápida del especialista de Salud Mental, que quieren aprovechar para consultar por otra cosa, etc.

En ocasiones pueden ser casos que acuden para cumplir un mandato del médico de cabecera o servicio de origen de la demanda, sin su interés o demanda incluida en la derivación, en ocasiones no hay disponibilidad para ser atendidos, o no hay dispositivos para ellos o no contactan con el terapeuta que les podría enganchar o no tienen posibilidades de establecer comunicación con los profesionales.

No en vano hay en el grupo 6 casos, 2 son varones y 4 son mujeres, que reevalúan en el plazo de un año. En ocasiones puede que sea el plazo de tiempo necesario para acudir en otra disposición o con otros objetivos más definidos.

Todos los casos referidos ahora menos uno, se encuentran dentro del motivo de alta 01, Fin de Estudio, lo que indica que el proceso se ha concluido de una

manera natural, quizás por satisfacción del usuario o por acuerdo con los terapeutas y se tiene la puerta bien abierta, no apreciándose ninguna reticencia a un nuevo contacto por tanto.

En otros 9 casos, 5 son varones y 4 son mujeres, sí se realiza sesión clínica diagnóstica sobre el material del paciente, pero no se tiene ninguna sesión clínica de seguimiento del tratamiento, porque no se llega a ofertar o no se inicia el mismo.

En 1 caso más, varón, se tiene una sesión clínica de evaluación diagnóstica, pero no se tiene de seguimiento del tratamiento porque su proceso de cura y petición de alta fue muy rápida, no dando tiempo a realizarla. Su caso está explicado con más detalle en el apartado Pronóstico Paciente: Bueno. El caso finaliza el contacto con alta por 05, Voluntaria.

En los 32 casos restantes, 13 varones y 19 mujeres, se mantiene la práctica de sesión clínica diagnóstica.

SESIONES CLÍNICAS

	NO SESIÓN CLÍNICA	SESIÓN CLÍNICA SIN TRATAT.	SESIÓN CLÍNICA MÁS TRATAT.
VARONES	7	6	13
MUJERES	9	4	19

6.3 RESULTADOS DE PRONÓSTICO

El paciente que finaliza las primeras entrevistas diagnósticas es valorado en términos de pronóstico, tanto del paciente designado como de sus padres, mediante unas escalas de ítems definidas en el protocolo de evaluación

6.3.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En este apartado nos encontramos con que 17 pacientes no son valorados bajo el criterio del pronóstico porque no son evaluados el suficiente tiempo, 7 son varones y 10 son mujeres. En la totalidad de estos casos mencionados, consecuentemente, no se produce la indicación de tratamiento.

Entre los motivos de alta de los mismos nos encontramos con 5 casos que reciben Alta por 01, Fin de Estudio, 1 es varón y 4 son mujeres. 2 casos que reciben Altas por 02, Fin de Estudio y Derivación, 1 es varón y 1 es mujer, los cuales merecen un comentario posterior. En los 10 casos restantes se procede al Alta por 06, Abandono, 5 son varones y 5 son mujeres.

CASO A29

Uno es el A29. Se trata de un paciente de 15 años, sin demanda alguna, derivado por el cabecera por la inducción ejercida por una profesora a los padres del sujeto. El problema planteado, en el informe, es la necesidad de un esclarecimiento de la situación de pasividad frente al futuro que presenta.

El terapeuta que realiza la evaluación considera que no procede continuar con el diagnóstico por ser un paciente sin demanda, que tiene claros sus objetivos profesionales y aconseja orientación escolar. Causa alta por 02 y se le deriva al Servicio Psicopedagógico Municipal de Getafe, que tiene un programa *Ad Hoc.*

CASO B20

El otro de los casos es el B20. Se trata de una mujer de 13 años, derivada con informe por un Servicio del Sistema Sanitario, Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Getafe, para descartar causa psicológica en su diagnóstico sobre elevación de hombro izquierdo y cojera.

A lo largo de las entrevistas diagnósticas resalta claramente no haber demanda en la paciente, ni en la familia, por estar todos los integrantes convencidos de lo orgánico del cuadro. Se convierte así el abordaje posible en un peritaje psicológico con emisión de informe, en el que se expone la información de que se aprecia causa psicológica en el cuadro, pero no se puede intervenir. Causa alta por 02, Fin de Estudio y Derivación.

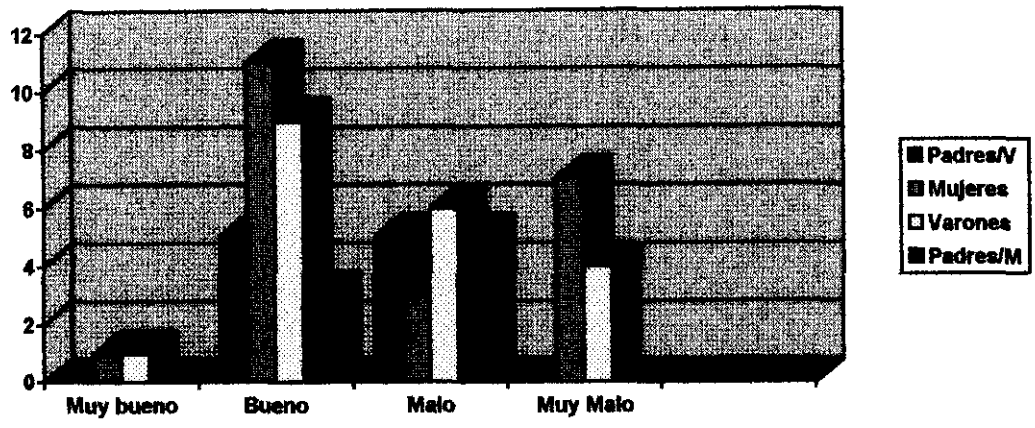
6.3.2 PRONÓSTICO DEL PACIENTE Y DE LOS PADRES

Como parte de los resultados del diagnóstico se procede a valorar el pronóstico, del paciente y de los padres. Incluido en el protocolo de evaluación se encuentran varios ítems que hacen referencia a la representación que tienen del trastorno y su funcionalidad familiar. Se valora la capacidad de verbalización sobre ello, de reflexión, de empatía, deseo de curación,

motivación, respuesta a otros tratamientos, etc.. Con estos datos se concluye un probable pronóstico, en base al análisis de proceso, que puede ser diferente para cada una de las partes, según se aprecia en el cuadro y el gráfico adjuntos.

PRONÓSTICO PACIENTE Y PADRES

	0		5		5		0	
	1	03	9	00-02 03(5) 05(2) 06(2)	6	00 01 03(2) 06(2)	4	01(2) 03 06
	0		3		5		0	
	1	03	11	00 03(8) 06(3) 07	3	01-03 05	7	00,01 06(5)



PRONÓSTICO DEL PACIENTE: MUY BUENO

En 2 casos se valora el pronóstico de los pacientes como Muy Bueno. Se trata de 1 varón y de 1 mujer. Entre los motivos de Alta nos encontramos con que en los 2 casos se procede al alta por 03, Fin de Tratamiento.

PRONÓSTICO PACIENTE: MUY BUENO/PADRES: MALO

De los 2 casos de pacientes cuyo diagnóstico es Muy Bueno 1 caso recibe un pronóstico para sus padres de Malo, es 1 varón.

PRONÓSTICO PACIENTE: MUY BUENO, PADRES: BUENO

De los 2 casos de pacientes cuyo diagnóstico es Muy Bueno 1 caso, 1 mujer, recibe un pronóstico para sus padres de Bueno.

PRONÓSTICO PACIENTE: BUENO

Un grupo de 20 pacientes, 9 son varones y 11 son mujeres, reciben un pronóstico calificado como Bueno. Entre ellos se encuentran 2 pacientes, 1 es varón y 1 es mujer, que continúan en tratamiento cuando finaliza la recogida de datos de la presente investigación.

En 1 caso (A10), varón, se procede al alta por 02, Fin de estudio y Derivación. El motivo de su inclusión en este apartado y no en el apartado anterior se explicará a continuación.

Entre los motivos de Alta del resto del subgrupo vemos 11 casos, 4 son varones y 7 son mujeres, en los que se procede al alta por 03, Fin de Tratamiento. En 2 casos (A02, A03), 2 varones, se procede al alta por 05, Alta Voluntaria, de los que nos parece interesante que se comenten las características a continuación. En 3 casos, 1 es varón y 2 son mujeres, se causa alta por 06, Abandono. En 1 caso, el de 1 mujer, se procede al alta por 07, Derivación.

CASO A10

Se trata del paciente A10, de 12 años de edad, un varón al que se le recomienda tratamiento psicoterapéutico de grupo, no accediendo a tratamiento individual, objetivo del presente estudio.

La derivación referida es interior al Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes. Se deriva el caso desde el Programa de Evaluación al

Programa de Tratamientos, situándole en la lista de espera correspondiente, la de Grupo Terapéutico de niños mayores, entre los 11 y los 14 años.

El paciente es reevaluado en esta ocasión, ya que había sido estudiado y tratado, en un encuadre familiar padre madre hijo, en una ocasión anterior, con motivo del inicio de su adopción por los actuales padres.

En aquella ocasión se procedió al alta por 03, Fin de Tratamiento, por lo tanto culminaron el proceso terapéutico completo en contacto con su psicoterapeuta, el mismo que en esta ocasión. En su presentación de nueva demanda solicitaron la atención con el mismo, como consecuencia de la experiencia de un buen contacto. De igual calidad es el contacto en esta ocasión a lo largo de la intervención grupal.

La primera intervención se apuntó hacia la resolución de las ansiedades relativas al proceso de la integración de los miembros de la nueva familia, recién constituida legalmente. La derivación fue realizada por los servicios profesionales de la Comisión de Tutela, ejecutora del proceso de selección y seguimiento de la adopción.

En esta segunda demanda el derivante es el Sistema Sanitario, mediante el informe del médico de cabecera. El origen de la demanda se sitúa en la escuela, lugar donde se aprecia el problema con mayor claridad.

Se va a focalizar en las dificultades de adaptación a su grupo de edad madurativa y al grupo de clase, en todos los aspectos relacionales que implica el intercambio socializador. No se apreciaron dificultades de relación entre los miembros de la familia, la cual se continuaba considerando idónea para el paciente.

CASO A02

El primero, A02, se trata de un paciente niño de 11 años, diagnosticado de enuresis no orgánica primaria nocturna F98.0 y encopresis no orgánica secundaria F98.1. Poseedor de un codiagnóstico de F98.8, trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia sin especificación.

En su informe consta exclusivamente el resultado de la evaluación médica del primero de los diagnósticos y la indicación de estudio psicológico para ser tratado si se considera conveniente.

Fue necesario rogar a la médica de cabecera que evaluase también el segundo de los diagnósticos principales, la encopresis, a la luz de los datos de las entrevistas diagnósticas, que mostraban la existencia de largos periodos de encopresis leve, pero reiterada y persistente, de la que el niño era consciente en silencio, aunque los padres no.

El resultado del estudio indicó la presencia de la encopresis funcional y la ligera retención de heces, aunque sin presencia de megacolon. La revisión médica contó con el interés familiar de dilucidar si la enuresis no era física.

Los resultados no quedaron claros para la médica, que expresó con claridad una dudosa impresión de espina bífida radiológica, pero si para los padres y el niño, que se apoyaron en la duda y afirmaron a lo largo del tratamiento que así era, máxime que no había una mejora total del síntoma enurético a lo largo del tiempo.

Este aspecto fue el que motivó el cansancio de la familia y del paciente, alegándose junto con el argumento del comienzo del trabajo dela madre, para retirar al caso del tratamiento, el segundo más largo de toda la muestra.

Tras la valoración positiva por haber mejorado de la encopresis y de los trastornos de las emociones y del comportamiento que se acotaron durante el diagnóstico, se procedió al alta por 05, Voluntaria, como se ha mencionado más arriba, por un acuerdo que hay entre madre padre e hijo.

CASO A03

En el segundo caso, el A03, nos encontramos con la demanda de un paciente adolescente temprano de 13 años de edad, víctima de una agresión gratuita, de cariz importante según el informe forense, por parte de un adulto por incidente levísimo en el juego entre pares. El adulto tenía antecedentes de agresiones sociales variadas y fue penado con un arresto domiciliario de varios días, en el juicio que se desarrolló en aquellas fechas del diagnóstico.

El paciente desarrolla un trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y disociales F43.25. Se le aprecia agitado en su vida diaria, con trastornos del sueño, nervioso, contestón, reivindicativo. No puede dormir como no sea acompañado y está teniendo problemas de rendimiento escolar y de relación con los profesores. Son estos últimos los que alertan a la madre recomendándole una evaluación psicológica. Al caso se le facilita posteriormente informe pericial sobre la afectación del sujeto.

La primera de las sesiones se desarrolla después de las vistas del juicio, donde se presentó el paciente sin abogado defensor. Se muestra vivamente

impactado y afectado por el desarrollo de la misma, ya que se negaron los hechos por parte del acusado, a pesar de los informes sobre las secuelas físicas y psíquicas y se le descalificó por exageración, como consecuencia de su ser infantil.

La primera sesión se despiertan sentimientos de impotencia con respecto al mundo de los adultos. Se desarrolla un gran movimiento afectivo y de conciencia de su sintomatología. Hay grandes sentimientos de pérdida y de daño, como pérdidas que difícilmente se podrán recuperar. Ideación de enfrentamiento, rivalidad y deseo de venganza de lo más variado contra los adultos.

La segunda sesión se cambia por tener un examen el paciente. La que sería la segunda sesión se realiza mes y medio después de la primera. Todo ha vuelto a la normalidad y ha recuperado las asignaturas pendientes y suspendidas por los incidentes que provocaron la demanda, tiene conciencia de normalidad y cierta satisfacción por la sentencia, aunque la considera escasa para su deseos.

La tercera sesión no sucede por petición del paciente vía telefónica, sin conocimiento ni consentimiento expreso de la madre. Considera que está bien y le quita tiempo ir a tratamiento. No desea seguir con el mismo, porque está normalizado. Se procede al alta por 05, Alta Voluntaria. Parece precipitado el alta en las circunstancias en que se desarrolla el problema motivo de consulta.

Es posible que el caso hubiera podido ser considerado 03, Fin de Tratamiento, si se atiende bien al proceso del paciente, pero la perspectiva del terapeuta sobre la problemática del caso le impide aceptar una evolución tan rápida, tal

nivel de actividad de la represión de los trastornos emocionales y disociales desplegados por el sujeto.

PRONÓSTICO PACIENTE: BUENO, PADRES: MALO

De estos 20 casos de pacientes cuyo pronóstico es Bueno, 5 casos reciben el pronóstico de Malo para sus padres, 2 son varones y 3 son mujeres. 1 caso, el de 1 mujer, se encuentra en tratamiento cuando se finaliza el proceso de recogida de datos de la investigación, se trata del caso B19. El motivo de las altas del resto es el de 2 casos que causan Alta por 03, Fin de Tratamiento, 1 es varón y 1 es mujer. En 2 casos, 1 varón y 1 mujer, se procede al alta por 06, Abandono.

CASO B19

Es el caso de una mujer de 15 años que acude en contra de su voluntad, traída por sus padres. Su diagnóstico es de F50.0, anorexia nerviosa y se valora un codiagnóstico de V62.30, problemas académicos. Es una paciente estudiosa, pero con bajo rendimiento para su esfuerzo, muy reticente a buscar ayuda, niega tener ningún problema.

En cambio se aprecia que cumple con las indicaciones que se dan por parte de la terapeuta durante las entrevistas diagnósticas y nunca faltó a dichas citas, aunque hacía protestas y trataba de modificarlas. Los padres en cambio modificaron las citas, faltaban a ellas sin disculparse y no cumplían las indicaciones que se les dieron.

Operada en una pierna por un accidente tuvo que ser intervenida por segunda vez para extraerle los clavos de sujeción de la soldadura del hueso, que dolía. Con este motivo parece que es coincidente la sintomatología. La era madre alcohólica moderada y el padre presentaba rasgos obsesivos importantes. Al llegar el caso en estado agudo no se hace indicación de tratamiento para los padres.

Cuando se mejora del síntoma anoréxico se continúa con los problemas del rendimiento. Se da por terminado el tratamiento con posterioridad a la finalización del periodo de recogida de datos.

PRONÓSTICO DEL PACIENTE: MALO

En 9 casos se valora su pronóstico de pacientes como Malo, 6 son varones y 3 son mujeres. Entre los motivos de Alta nos encontramos con 1 paciente, varón, que continúa en tratamiento a la finalización de la recogida de datos. En 2 caso, 1 es varón y 1 es mujer, se procede al Alta por 01, Fin de Estudio. En 3 casos, 2 son varones y 1 es mujer, se procede al Alta por 03, Fin de Tratamiento. En 1 caso, es 1 mujer, se procede al Alta por 05, Alta Voluntaria. En 2 caso, los 2 son varones, causan Alta por 06, Alta por Abandono.

PRONÓSTICO PACIENTE: MALO, PADRES: BUENO

De estos 9 casos de pacientes que recibieron el pronóstico de Malo 3 casos reciben un pronóstico de Bueno para sus padres, los 3 son varones. 1 de los casos se encuentra en tratamiento cuando se finaliza el proceso de recogida de datos de la investigación. El motivo de alta de los otros es el de 1 caso en

el que se procede al alta por 01, Fin de Estudio y 1 caso que causa Alta por 03, Fin de Tratamiento.

PRONÓSTICO DEL PACIENTE: MUY MALO

En 10 casos se valora su pronóstico de pacientes como Muy Malo, 3 son varones y 7 son mujeres. Entre los motivos de Alta nos encontramos con 1 paciente, mujer, que continúa en tratamiento en el momento de la finalización de la recogida de datos. En 3 casos, 2 es varones y 1 es mujer, se procede al Alta por 01, Fin de Estudio. En 1 caso, varón, se procede al Alta por 03, Fin de Tratamiento. En 5 casos, los 5 son mujeres, causan Alta por 06, Abandono.

PRONÓSTICO PACIENTE: MUY MALO, PADRES: BUENO

De estos 10 casos de pacientes que recibieron el pronóstico de Muy Malo, 4 casos reciben un pronóstico de Bueno para sus padres, 2 son varones y 2 son mujeres. 1 de los casos, 1 varón, recibe alta por 01, Fin de Estudio. 1 de los casos, 1 varón, recibe alta por 03, Fin de Tratamiento. 2 casos, los 2 son mujeres, en el que se procede al alta por 06, Abandono.

PRONÓSTICO PACIENTE: MUY MALO, PADRES: MALO

De los 6 casos restantes de este subgrupo de pacientes que recibieron el pronóstico de Muy Malo, 2 casos reciben un pronóstico de Malo también para sus padres. Los 2 casos son mujeres en las que se procede al alta por 06, Abandono.

6.4 RESULTADOS DE HISTORIA CLÍNICA

6.4.1 CONCIENCIA DE PROBLEMA: PADRES

Han sido evaluadas las parejas de padres con Mucha Conciencia de problema en 9 casos, 4 son varones y 5 son mujeres, del total de la muestra, de los que han sido tratados 8 casos. Han sido evaluadas con Bastante Conciencia de problema 20 casos, 9 son varones y 11 son mujeres, de los cuales han sido tratados 13 casos.

Han sido evaluadas con Escasa Conciencia de problema 18 casos, de los que 7 son varones y 11 son mujeres, de los que 11 casos fueron tratados. Han sido evaluadas con Ninguna Conciencia de problema 11 casos de los que 6 son varones y 5 son mujeres, de los que 1 caso inició tratamiento.

CONCIENCIA PROBLEMA, PADRES

	MUCHA	BASTANTE	ESCASA	NINGUNA
VARONES	4	9	7	6
MUJERES	5	11	11	5

6.4.2 INTERFERENCIA DEL PROBLEMA: PADRES

Han sido evaluadas las parejas de padres con Mucha Interferencia del problema en 11 casos, 5 son varones y 6 son mujeres, del total de la muestra, de los que 8 pacientes iniciaron tratamiento. Han sido evaluadas con Bastante Interferencia del problema 27 casos, 11 son varones y 16 son mujeres, de los que 18 fueron tratados.

Han sido evaluadas con Escasa Interferencia del problema 14 casos, de los que 7 son varones y 7 son mujeres, de los que 5 iniciaron tratamiento. Han sido evaluadas con Ninguna Interferencia del problema 6 casos de los que 3 son varones y 3 son mujeres, 2 de los cuales iniciaron tratamiento .

INTERFERENCIA PROBLEMA, PADRES

	MUCHA	BASTANTE	ESCASA	NINGUNA
VARONES	5	11	7	3
MUJERES	6	16	7	3

6.4.3 CONCIENCIA DE PROBLEMA: PACIENTES

Han sido evaluados los pacientes con Mucha Conciencia de problema en 7 casos, 4 son varones y 3 son mujeres, del total de la muestra, de ellos 6 casos iniciaron tratamiento. Han sido evaluados con Bastante Conciencia de

problema 13 casos, 5 son varones y 8 son mujeres, de los cuales 11 estuvieron en tratamiento.

Han sido evaluados con Escasa Conciencia de problema 17 casos, de los que 8 son varones y 9 son mujeres, de los que 11 pacientes iniciaron tratamiento. Han sido evaluados con Ninguna Conciencia de problema 21 casos de los que 9 son varones y 12 son mujeres, de ellos 5 pacientes estuvieron en tratamiento.

CONCIENCIA PROBLEMA, PACIENTES

	MUCHA	BASTANTE	ESCASA	NINGUNA
VARONES	4	5	8	9
MUJERES	3	8	9	12

6.4.4 INTERFERENCIA DEL PROBLEMA: PACIENTES

Han sido evaluados los pacientes con Mucha Interferencia del problema en 10 casos, 5 son varones y 5 son mujeres, del total de la muestra, de los que 8 pacientes iniciaron tratamiento. Han sido evaluados con Bastante Interferencia del problema 29 casos, 10 son varones y 19 son mujeres, de los que 19 resultan haber estado en tratamiento.

Han sido evaluados con Escasa Interferencia del problema 15 casos, de los que 10 son varones y 5 son mujeres, de los cuales 6 han estado en

tratamiento. Han sido evaluados con Ninguna Interferencia del problema 4 casos de los que 1 es varón y 3 son mujeres, de ellos ninguno estuvo en tratamiento.

INTERFERENCIA PROBLEMA, PACIENTES				
	MUCHA	BASTANTE	ESCASA	NINGUNA
VARONES	5	10	10	1
MUJERES	5	19	5	3

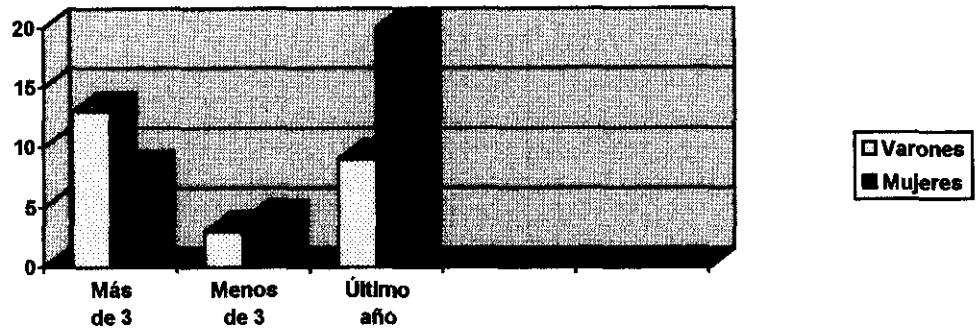
6.4.5 INICIO DE LA ENFERMEDAD MOTIVO DE CONSULTA

El inicio de la enfermedad, según se aprecia en el gráfico adjunto, fue anterior a tres años en 21 casos de la muestra, de los cuales 13 son varones y 8 son mujeres. En 8 casos fue menor de tres años, de los que 4 son varones y 4 son mujeres. En el último año se inició la enfermedad motivo de consulta en 29 casos, de los que 9 son varones y 20 son mujeres.

Resultan significativas, p = 0'03, las diferencias entre sexos en cuanto al tiempo que trascurre desde el inicio de los síntomas al momento de la consulta. Las mujeres consultan significativamente durante el primer año de iniciados los síntomas, mientras que los varones los hacen durante el tercer año de inciados los síntomas.

FECHA DE INICIO DE LA ENFERMEDAD			
	MÁS de 3 AÑOS	MENOS de 3 AÑOS	ÚLTIMO AÑO
VARONES	13	3	9
MUJERES	8	4	20

p = 0'03



Merecería la pena aconsejar un estudio específico sobre el punto para establecer los posibles patrones que estén influyendo. Sorprende la tardanza ya que supone que la mitad de los pacientes varones necesiten más de tres años para establecer la consulta y ser atendidos para diagnóstico.

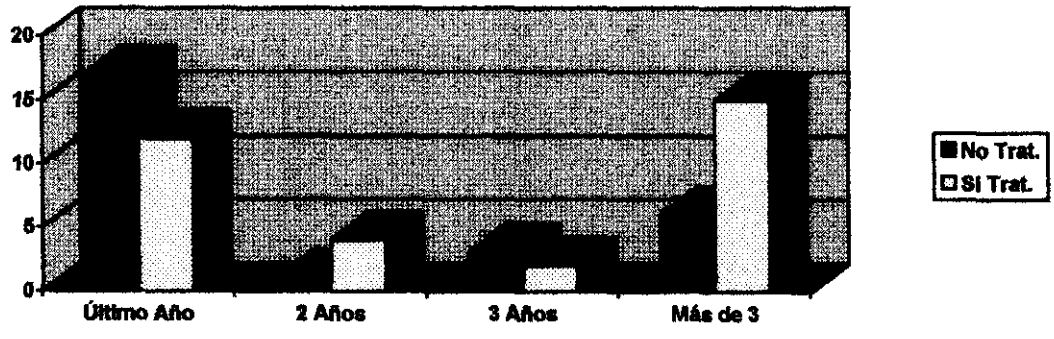
6.4.6 DURACIÓN DEL TRASTORNO MOTIVO DE CONSULTA

Con respecto a la duración del trastorno y la relación con el curso de los tratamientos nos encontramos, en el subgrupo de los pacientes de NO

TRATAMIENTO, que 17 de ellos inician el trastorno en el último año, 1 lo hacen en los últimos 2 años, 1 lo hace en los 3 últimos años y 6 casos hace más de 3 años.

DURACIÓN DEL TRASTORNO				
	ÚLTIMO AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	MÁS de 3
NO TRATAM.	17	1	3	6
SÍ TRATAM.	12	4	2	15

p = 0'03



En contraste con estos resultados se ve que, en el subgrupo de los pacientes de SÍ TRATAMIENTO, que hay 12 que tomaron conciencia de trastorno o problemas durante el último año, otros 4 casos en los 2 años anteriores, 2 casos perciben el trastorno durante los 3 últimos años y los 15 casos restantes lo hacen hace más de 3 años.

Resulta significativo señalar, p = 0'03, que la mayor duración del trastorno es causa de adherencia al tratamiento, dado que el grupo que no es tratado tiene menor tiempo de duración del trastorno. Se podría otorgar que es posible que haya mayor conciencia y malestar por parte de los padres y de los propios pacientes.

No obstante es de destacar a la vez la tendencia que se aprecia, con p = 0'07 (Corrección de Yates), a que los pacientes que causan alta por 06, Abandono, en el grupo de SÍ TRATAMIENTO, son mujeres que tienen más de 3 años de evolución del trastorno.

Todo lo anterior nos permitiría sugerir una interesante línea de investigación para determinar qué hace a los pacientes más resistentes a la intervención y qué más persistentes en el tratamiento.

De lo expuesto se podría concluir que si bien hay un tiempo máximo y otro mínimo para iniciar la demanda, vinculado con el género del paciente, resulta idóneo como predictor de buen resultado y de mejor adherencia al tratamiento psicoterapéutico que se realice antes del año.

6.4.7 ACCIONES RESOLUTORIAS PREVIAS

Dentro del subgrupo de menos de tres años de evolución nos encontramos con que ningún caso ha iniciado acciones previas de resolución de la problemática mediante el contacto con especialistas, donde se incluye la salud mental.

La acción previa fue con el médico de cabecera en 1 caso, el de 1 mujer. Fue con un otros, instituciones de lo más variado, en 5 casos, 4 son varones y 1 es mujer. No han emprendido ninguna acción 2 casos, 2 son mujeres.

Dentro del subgrupo de más de tres años de evolución nos encontramos con que han iniciado acciones previas de resolución de la problemática mediante el contacto con especialistas, entre otras especialidades médicas se incluye la salud mental 6 casos, 3 son varones y 4 son mujeres.

La acción previa fue con el médico de cabecera en 4 casos, 3 son varones y 1 es mujer. Fue con el psicólogo escolar en 1 caso, varón. Fue con un otros, instituciones de lo más variado, en 5 casos, 4 son varones y 1 es mujer. No han emprendido ninguna acción 4 casos, 2 son varones y 2 son mujeres.

Dentro del subgrupo más resolutivo, que iniciaron la búsqueda de resolución del problema en el último año, nos encontramos con que han iniciado contacto con especialistas, entre otras especialidades médicas se incluye la salud mental, 9 casos, se trata de 3 varones y 6 mujeres.

La acción previa fue con el médico de cabecera en 8 casos, 2 son varones y 6 son mujeres. Fue con el psicólogo escolar en 4 casos, 1 es varón y 3 son mujeres. Fue con un otros, instituciones de lo más variado, en 7 casos, 3 son varones y 4 son mujeres. No emprendió ninguna acción 1 caso, el de 1 mujer.

6.4.8 TIPOS DE CONSULTAS PREVIAS Y PRESENTACIÓN DE INFORMES

En 40 casos, 17 varones y 23 mujeres, ha habido consultas previas, médicas u otros, con especialistas ajenos al Servicio de Salud Mental de Getafe, de ellos únicamente presentan informes 10 casos, de los que 3 son varones y 7 son mujeres.

En 3 casos han tenido contacto previo con algún profesional de la salud mental, 1 es varón y 2 son mujeres. Habiendo recibido la indicación de tratamiento psicoterapéutico.

En 9 casos, 4 son varones y 5 son mujeres, han tenido contacto previo con psicólogos escolares y han recibido la indicación de intervención psicopedagógica en 5 casos. En otros 2 se ha indicado intervención de salud mental

En 1 caso, 1 mujer, la consulta se realiza de manera informal con el psicólogo propietario de un gimnasio, no recibiendo ningún tipo de indicación.

En 4 casos se consulta al pediatra, son 2 varones y 2 mujeres, recomendándose abordaje terapéutico en todos los casos menos en 1, varón, que se recomienda reeducación.

En 6 de los casos, 1 varón y 5 mujeres, se acude al cabecera. Se recomienda salud mental en 2 casos, 1 varón y 1 mujer. Se recomiendan fármacos en 2 casos de 2 mujeres. Se recomiendan pruebas médicas en otros 2 casos de 2 mujeres.

En 4 casos se dirigen al neurólogo como consulta previa, las 4 son mujeres. Se les recomienda psicometría, fármacos o estudio neurológico.

El resto hace contactos bien con diversas especialidades médicas que oscilan entre Dermatología, Urología, Traumatología, Urgencias Generales hospitalarias, bien con otros especialistas como son los tutores, profesores e incluso Rappel, caso B02, el famoso futurólogo, que recomendó visitar al especialista.

6.4.9 FECHA DE LAS CONSULTAS PREVIAS

De toda la muestra hay 20 casos, 7 son varones y 13 son mujeres, que han realizado consultas previas en el último año. Esta cifra resulta altamente interesante en cuanto a que es el doble número de mujeres, con respecto al de varones, las que consultan en el último año. El dato es coincidente con el de Inicio de la Enfermedad Motivo de Consulta, para los que se movilizan en el último año, superando el número de mujeres al de varones en la misma proporción.

En otros 18 casos, 9 son varones y 9 son mujeres, no se ha hecho ninguna consulta previa. En 6 casos, 2 son varones y 4 son mujeres, se hace la consulta en los últimos 3 años. En los 14 casos restantes, 8 son varones y 6 son mujeres, se efectúan consultas previas con diferentes profesionales hace más de 3 años.

6.5 HISTORIA PEDIÁTRICA Y DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

A continuación centramos nuestro interés en dos agrupamientos principales, desde el que centramos la exposición de los datos en el presente apartado: el médico y el psicológico.

6.5.1 ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS RELEVANTES

El primer bloque de 39 casos destaca por no haber tenido ingresos hospitalarios. De ellos solamente hay 7 pacientes que hallan tenido alguna

enfermedad infantil digna de mención, de fácil seguimiento pediátrico ambulatorio. Son las relativas a alergias, faringitis repetidas y estreñimiento pertinaz. De ellos 4 son varones y 3 son mujeres.

De destacar en este subgrupo sería el caso de un paciente, A21, que ha sufrido repetidas luxaciones, caídas y heridas. Figuran además en su historia 5 cambios de domicilio, una ruptura del núcleo básico familiar, trastorno del desarrollo del lenguaje, múltiples intervenciones de psicólogos a lo largo de su infancia y que continúa en tratamiento cuando se concluye la recogida de datos de la muestra objeto de estudio.

6.5.2 INGRESOS HOSPITALARIOS

En el subgrupo de pacientes con enfermedades pediátricas se sitúan mayoritariamente, como un bloque, la franja de pacientes que han sufrido algún ingreso hospitalario.

Nos encontramos aquí con 16 casos en los que ha habido 1 ingreso hospitalario, 9 son varones y 7 son mujeres. Hay que añadir 2 casos que han tenido 2 ingresos, 1 varón y 1 mujer. Por último 1 caso, 1 varón, produjo 3 ingresos hospitalarios. No en todos los casos se puede significar la hospitalización con una intervención quirúrgica. Los motivos de intervención más comunes fueron las adenoidectomías, las amigdalectomías y las Hernias.

Los 3 casos de mayor frecuencia de ingreso no inician tratamiento. 2 de ellos, 1 varón y 1 mujer, causan alta por 06, Abandono y 1 caso, 1 varón, causa alta por 01, Fin de Estudio.

En el subgrupo del presente apartado destacan 7 pacientes que tienen la mayor frecuencia de visitas a los dispositivos de Urgencias Médicas de toda la muestra, por encima de 3. Se trata de 2 casos, 1 varón y 1 mujer, que fueron atendidos 4 veces. 3 casos, 3 varones, que fueron atendidos 5 veces. 1 caso, mujer, que fue atendida 10 veces y 1 caso, varón, que fue atendido 15 veces.

6.5.3 PRESENCIA DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Se presentan trastornos de desarrollo en 11 casos, 5 son varones y 6 son mujeres. En todos ellos menos en 2 casos, son 2 mujeres, concuerda con un inadecuado control emocional. Es de subrayar por su significatividad, p = 0'03 (test de Fisher), la concordancia con el gran volumen de altas por 06, Abandono, que se presentan en este subgrupo de muestra, 7 casos.

TRASTORNOS DE DESARROLLO/MOTIVO DE ALTA

	TRAST. DESARROLLO	MOTIVO DE ALTA 06
VARONES	5	5
MUJERES	6	5

p = 0'03

6.5.4 ÁREAS DE TRASTORNO

En 7 casos, 3 son varones y 4 son mujeres, el área de trastorno es el lenguaje. En 1 caso, 1 mujer, es lenguaje y autonomía. En 1 caso, 1 varón, es esfínteres

y autonomía. En 1 caso, 1 mujer, es socialización, en 1 caso, 1 varón, el área de trastorno es la lectoescritura.

El motivo del alta en los varones es el de 1 caso que continúa en tratamiento al final del periodo de recogida de datos para el estudio objeto de esta investigación. En 1 caso se da alta por 03, Fin de Tratamiento. En los 3 casos restantes se da alta por 06, Abandono, 2 casos de los cuales lo hacen como forma de terminar el tratamiento y 1 caso en el que no se llega a producir el acceso al tratamiento.

El motivo del alta en las mujeres es el de 1 caso que recibe el alta por 01, Fin de Estudio. En 1 caso se da alta por 03, Fin de Tratamiento. En los 4 casos restantes se da alta por 06, Abandono, 3 casos de los cuales lo hacen como forma de terminar el tratamiento y 1 caso en el que no se llega a producir tampoco el acceso al tratamiento.

6.6 RESULTADOS DE PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

A continuación se puede apreciar la estructura de la muestra por proceso:

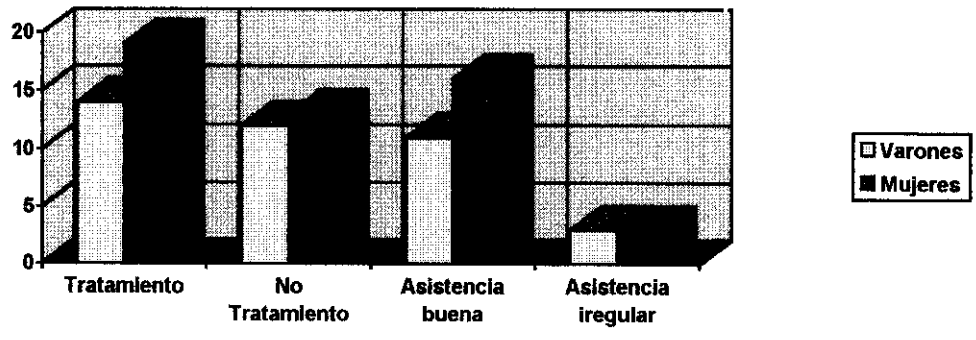
MUESTRA POR PROCESO

MODALIDAD	SUBTOTAL	VARONES	MUJERES
DESERCIÓN	6	2	4
NO TRATAM. INTERRUPCIÓN EVALUACIÓN	8	3	5
EVALUACIÓN NO TRATAM.	8	5	3
EVALUACIÓN TRATAMIENT.	22	11	11
EVALUACIÓN TRATAMIENT. ABANDONO TRATAMIENT.	3	1	2
NO TRATAM. NO EVALUAC.	3	2	1
TRATAMIENTO NO EVALUACIÓN	3	1	2
TOTALES	58	26	32

6.6.1 CUMPLIMIENTO DE LA ASISTENCIA A SESIÓN

En lo referido a la asistencia a sesión nos encontramos con un primer bloque de pacientes compuesto por 25 casos en los que o bien no se ha considerado la necesidad de indicación terapéutica o bien no desean acceder a tratamiento. De ellos 12 son varones y 13 son mujeres, como ya se ha referido anteriormente en otros capítulos.

CUMPLIMIENTO DE LA ASISTENCIA A SESIÓN		
	VARONES	MUJERES
ASISTENCIA BUENA	11	16
ASISTEN. IRREGULAR	3	3



Se han presentado irregularidades en el cumplimiento de la asistencia en 6 casos, 3 de cada sexo. El concepto abarca la falta o cambio del horario

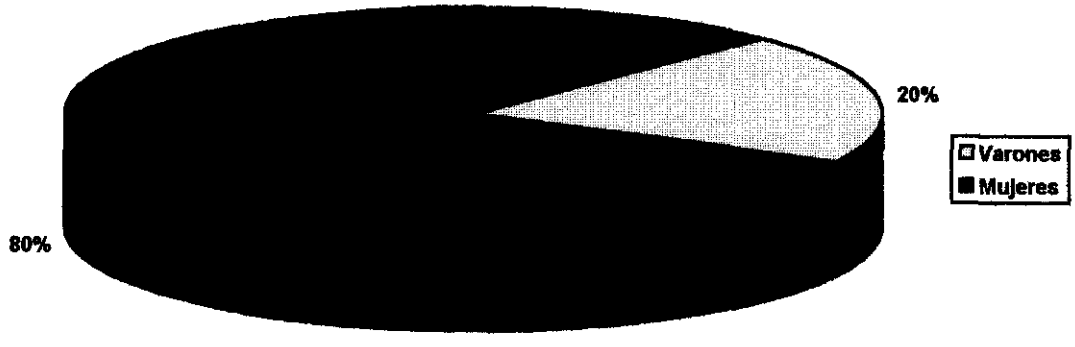
comprometido en el encuadre al menos por más de 2 veces a lo largo del tratamiento.

No se han presentado irregularidades y su asistencia ha sido estable y comprometida en 27 casos, de los que 11 son varones y 16 son mujeres. No aparece ningún agrupamiento por tipos de encuadre en los resultados de estos pacientes, en cuanto a regularidad en la asistencia.

6.6.2 CUMPLIMIENTO DE LA PAUTA DE MEDICACIÓN

Hubo indicación farmacológica por parte del Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes a 18 pacientes, 5 de los cuales son varones y 13 son mujeres. Con todos ellos se mantuvo algún tipo de contacto terapéutico, más allá del proceso estricto de la evaluación diagnóstica.

PACIENTES CON MEDICACIÓN, PORCENTAJE POR SEXOS



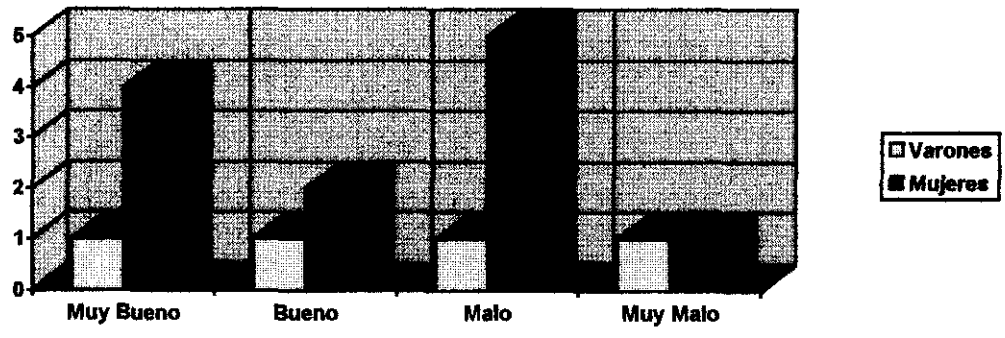
En 11 de los 18 casos, 4 varones y 7 mujeres, se da presencia de codiagnóstico, no pudiéndose establecer ningún patrón en el diagnóstico

principal relacionado con la medicación. La indicación farmacológica, en la mayoría de los casos, se encuentra vinculada al nivel de ansiedad que el paciente posee y en relación con favorecer la capacidad o disponibilidad, para el trabajo terapéutico.

CUMPLIMIENTO DE LA PAUTA DE MEDICACIÓN

	MUY BUENO	BUENO	MALO	MUY MALO
VARONES	1	1	1	1
MUJERES	4	2	5	1

p = 0'03



De ellos 5 casos, 1 es varón y 4 son mujeres, tienen un cumplimiento valorado Muy Bueno. En 3 casos se valora el cumplimiento de la indicación

farmacológica con Bueno, 1 es varón y 2 son mujeres. En otros 6 casos, 1 es varón y 5 son mujeres, la valoración es de Malo cumplimiento. En los 2 casos restantes, 1 varón y 1 mujer, la valoración es de Muy Malo. 2 pacientes más, varón y mujer respectivamente, no tienen valoración.

Se aprecia una tendencia, p = 0'09 (test exacto de Fisher), a que el cumplimiento de la medicación se empeora según aumenta la edad de los pacientes, siendo a partir de los 13 años cuando se inicia, rápidamente, la inflexión de la curva.

Así mismo resulta significativo, p = 0'03 (test exacto de Fisher), que los pacientes que cumplen Muy Bien o Bien la medicación obtienen altas por 03, Fin de Tratamiento. Podríamos tener la impresión de que el mejor cumplimiento de las pautas de medicación es un predictor de mejores resultados.

6.6.3 CAMBIOS DE PSICOTERAPEUTA

En toda la muestra hay 1 caso, A26, en el que se producen 2 cambios de terapeuta: uno por traslado de la terapeuta, en el inicio del contacto con el Programa y otro por solicitud de la paciente y los padres. Se justifican por la mala relación con la segunda profesional, después de varios meses de tratamiento. Las características del caso se comentan a continuación.

6.6.3.1 CASO A26

Se trata de 1 mujer de 13 años, derivada por el Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Getafe. La solicitud de atención viene motivada por

una pérdida de peso, negada siempre por la paciente y relativamente también por parte de los padres, que justifica un diagnóstico de F50.0 anorexia nerviosa.

El motivo base de la derivación es el trastorno del comportamiento que presenta en el contacto con el personal médico de Pediatría, lo cual hace muy difícil su abordaje.

Se aprecia enseguida que la paciente es, en todo momento, apoyada por los padres en sus actitudes, que no son criticadas sino comprendidas por ellos.

Las conductas sociales son muy parecidas, lo que le impide tener amigas, aunque en su opinión no las necesita. Las conductas en el ámbito familiar son de excesivo contacto físico con su padre, al que acaricia y seduce físicamente. Con la madre desarrolla conductas de caricias y de control de los movimientos, arropándola por la noche, peinándola, etc., con grandes enfados si se le menciona su conducta. Deambula por la noche por toda la casa, incluidas las habitaciones de los padres, observando como duermen y tocando las cortinas de la casa, porque dice gustarle.

El perfil psicopatológico base es el de un trastorno de la personalidad borderline, no evaluable por su temprana edad. Su rendimiento escolar es alto y su adaptación a las normas escolares es también buena.

En cuanto a los datos de proceso cabe destacar que entre la segunda terapeuta y el tercero realiza un ingreso hospitalario preventivo en pediatría por indicación de la médico encargada del control de peso y dieta, justificado por el motivo de su pérdida de peso.

El contacto psicoterapéutico es muy complejo y difícil. Se tienen 19 sesiones individuales y 5 con los padres, indistintamente padre o madre pues nunca se presentaron juntos.

Trasferencialmente puede oscilar entre la sumisión pasiva evitativa a lo que se le diga o con lo que se le confronte, hasta la agresión verbal, la descalificación y la crítica activa a cualquier comentario, central o colateral durante el contacto con la paciente, postura más habitual esta segunda.

Contratrasferencialmente hablando las dos primeras terapeutas se vieron muy bloqueadas y con ciertos sentimientos de malestar y agresividad. El último terapeuta, con el que estuvo más de la mitad del tiempo total de tratamiento, destaca los sentimientos de competencia, impotencia y coincidiendo con las anteriores, también de malestar y de agresividad.

En cuatro ocasiones se ausenta sin justificación previa o sin disculpa posterior, con motivos como exámenes y olvidos. No obstante su peso se regulariza durante el tiempo de tratamiento, no así sus conductas, que ligeramente se suavizan y algunas desaparecen.

Inmediatamente después de una entrevista, solicitada por el terapeuta, con presencia de su padre, se concluye el tratamiento con alta por 06, Abandono.

En dicha entrevista la paciente y el padre, que se sonríen entre ellos sin aclarar los motivos, se avienen, aparentemente, a tener una entrevista con los dos padres.

El objetivo planteado sería evaluar la situación de la paciente de forma contrastada, debido a los permanentes requerimientos por su parte con

respecto a su perfecto estado de buena salud, como siempre. Se entiende como una manifestación de la alianza padre madre hija el posterior abandono del tratamiento, vínculo patológico homeostático que no se altera.

6.6.4 REEVALUACIONES

En 10 casos se produce nueva demanda y por tanto revaluación y nueva indicación terapéutica si procede. El plazo para considerarlo fue de hasta un año después del último contacto, tiempo suficiente para promoverse un nuevo proceso mórbido.

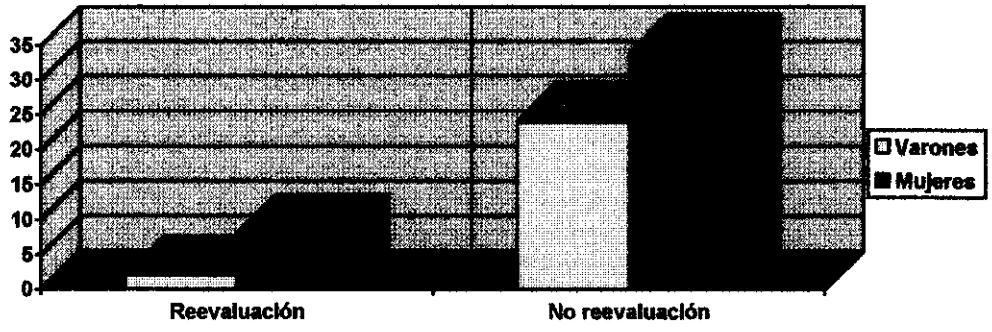
En 2 casos, varones con alta por 01 y 06, Fin de Evaluación y Abandono respectivamente, no iniciaron tratamiento en su primer contacto.

Los 8 casos restantes son de mujeres. Los motivos de alta de estas últimas fue en 4 casos 01, Fin de Evaluación. En los otros 4 casos si hubo inicio de tratamiento, 2 casos finalizaron con alta por 03, Fin de Tratamiento, uno de ellos con cumplimiento de medicación calificado como Muy Bueno. Los 2 casos restantes finalizaron con alta por 06, Abandono, ambos con cumplimiento de la indicación farmacológica calificada Muy Buena y Mala respectivamente.

Es significativo, p = 0'03 (test exacto de Fisher), que los pacientes que solicitan una nueva evaluación, antes del año de haber finalizado el contacto, hayan estado en tratamiento psicoterapéutico previo en los Servicios de Salud Mental.

REEVALUACIONES		
	REEVALUACIONES	NO REEVALUACIONES
VARONES	2	24
MUJERES	8	34

p = 0'03



6.6.5 ENCUADRES: MODALIDAD Y PERIODICIDAD

6.6.5.1 TRÍADA PADRE-MADRE-HIJO

En 2 casos, las 2 son mujeres, se encuadra al padre la madre y la hija con una periodicidad quincenal, ambas con cumplimiento Malo de la pauta de medicación. En ambos casos hubo una indicación de tratamiento individual con entrevistas de seguimiento con los padres y las pacientes.

La complicación relacional de los trastornos de conducta en el caso A13 y psicopatológica en el caso A19 obligó a variar la modalidad. Pasando después de algunas sesiones individuales a una estabilización del encuadre en la forma en que se presenta. El motivo de alta es 06 y 07, Abandono y Derivación respectivamente.

6.6.5.1.1 CASO A19

Se trata de una mujer de 15 años, derivada por un Servicio de Salud Mental de otro Distrito Sanitario del mismo Área X, por haber relación personal con el padre.

Fue evaluada inicialmente como F98.9, trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia sin especificación, indicándose un abordaje individual con la paciente, más un seguimiento estrecho con los padres y la paciente, con periodicidad de semana y quincena respectivamente.

El proceso cursó con varios cambios de encuadre y periodicidad, resumiéndose en 10 sesiones individuales, 11 familiares, 2 extras familiares y 1 extra individual, así como varios cambios de medicación.

La rápida y negativa evolución Psicopatológica del caso, hacia un primer brote esquizofrénico, hizo necesaria le derivación a un recurso intermedio, de mayor contención que el ambulatorio. Al no encontrarse la posibilidad en el sector público, dada la inmadurez de la paciente, se optó por la derivación a un Hospital de Día privado.

6.6.5.2 PAREJA PARENTAL

En 1 caso, varón, se aborda la intervención en entrevistas con padre y madre.

6.6.5.2.1 CASO A17

Se trata de un paciente varón de 11 años de edad. Consulta por F98.0 enuresis no orgánica primaria nocturna en primer diagnóstico. A lo largo de las entrevistas de evaluación se aprecia que no hay demanda de tratamiento, sino exclusivamente una consulta de corte médico por su parte. En realidad accede a venir a la consulta de Salud Mental por presión materna.

Se indica abordaje individual, pero el rechazo de tratamiento por parte del paciente provoca el cambio de encuadre a un seguimiento de padre madre, con pauta de medicación antidepresiva, por el efecto anticolinérgico.

El seguimiento tiene una periodicidad variable, mensual, bimensual y trimestral, según avanza el tiempo y en el progreso de la mejoría sintomatológica.

El cumplimiento Muy Bueno de la pauta de medicación favorece la evolución positiva desde el primer momento. Simultáneamente se mejoran los trastornos de conducta y el rendimiento escolar.

Finaliza la atención, cuando se cumplen dos meses sin episodios enuréticos, con alta por 03, Fin de Tratamiento.

6.6.5.3 DÍADA MADRE-HIJO

En 4 casos, 1 es varón y 3 son mujeres, se encuadra a la madre y al hijo. En 1 caso, el del varón, con periodicidad semanal y alta por 03 Fin de Tratamiento. En 3 casos, las 3 mujeres, con una periodicidad quincenal. Estos 3 últimos casos tienen medicación, con cumplimiento Malo, Muy Bueno y Bueno de la pauta de medicación. 1 de los casos continúa en tratamiento cuando se concluye la recogida de datos, encuadrándose entrevistas esporádicas de seguimiento con inclusión del padre. 2 de los casos finalizan con alta por 06, Abandono.

6.6.5.3.1 CASO A15

Se trata de una paciente de 15 años, escolarizada en cursos inferiores al que le corresponde y en un centro privado, que consulta porque tiene la impresión de ver rostros en las paredes y de que hay fantasmas o espiritus de los antepasados en su cuarto y de que se comunican con ella.

Acude con la madre a entrevista, dando una idea de no tener mucha capacidad y estar aliadas en la fabulación. el diagnóstico inicial es el de F44.3 trastorno de trance y posesión.

Se le recomienda una medicación ansiolítica a petición de la madre y de la paciente, que no quiere entrevistas individuales, porque todo lo que puede decir lo sabe la madre. La coordinación con Atención Primaria muestra la sospecha del derivante de que tienen intención de conseguir medicación para un hermano heroinómano, porque lo han intentado antes con él.

Finaliza el contacto en las primeras entrevistas sin dar explicaciones, con alta por 06, Abandono.

6.6.5.3.2 CASO A16

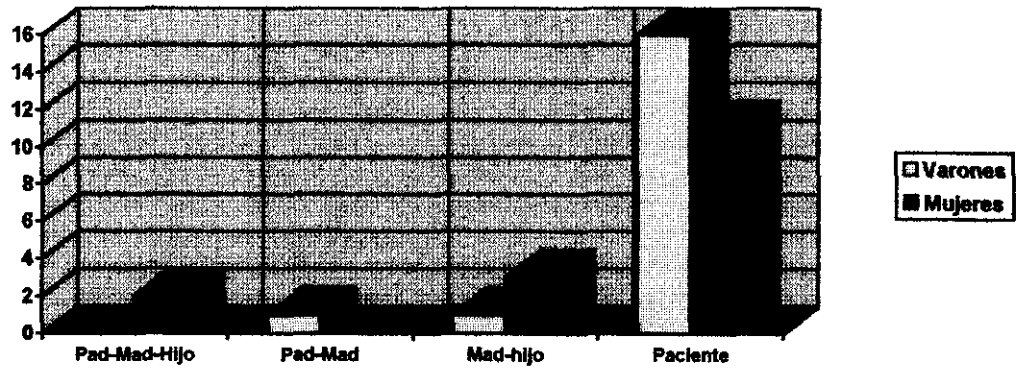
Mujer de filiación adoptiva con 8 años que tiene experiencia de contacto anterior con el centro y con el mismo terapeuta, de quien piensan que respondió a sus necesidades. En esta ocasión se plantea un diagnóstico de F94.2, trastorno de vinculación de la infancia desinhibido y F70, retraso mental leve y Z61.2, alteración en el patrón de relación familiar

El codiagnóstico de la paciente es el de 309.40, trastorno adaptativo con alteración mixta de conducta y emociones y V61.80, otras circunstancias familiares específicas y V62.89, problemas biográficos o por circunstancias de la vida.

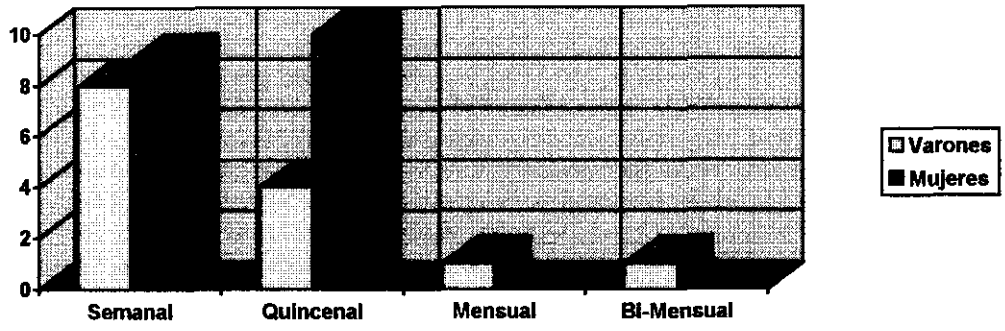
Se plantea un abordaje madre-hija que tiene varias periodicidades, según avanza el tiempo y las posibilidades de elaboración, más control de medicación, el objetivo es poder inicir en el vínculo entre ambas.

El objetivo es poder incidir en la mejora de la conducta de la paciente, y en las de las relaciones familiares. Requiere coordinaciones con Servicios Sociales y Educativos, cambio de centro escolar, a uno más adaptado y contactos con la Comisión de Tutela por las vicisitudes de la relación, de gran inmadurez y exigencia. A la finalización del estudio se encuentra algo mejor, pero aún en tratamiento.

ENCUADRES: MODALIDAD				
	PADRE-MADRE-HIJO	PADRE-MADRE	MADRE-HIJO	PACIENTE
VARONES	0	1	1	16
MUJERES	2	0	3	11



ENCUADRES: PERIODICIDAD				
	SEMANAL	QUINCENAL	MENSUAL	BI-MENSU.
VARONES	8	4	1	1
MUJERES	9	10	0	0



6.6.6 TRATAMIENTO INDIVIDUAL DEL PACIENTE

Hay 27 casos en la muestra que acceden a tratamiento individual. Las modalidades que se presentan en este subgrupo vienen acotadas por diferentes aspectos del proceso, refiriéndonos para la discriminación de los mismos a las diferencias en las modalidades de encuadre para las entrevistas de seguimiento con sus padres.

6.6.6.1 SEGUIMIENTO PADRE-MADRE-PACIENTE

En 21 casos, 13 son varones y 8 son mujeres, se atiende a los 2 padres y al paciente, juntos, en las entrevistas de seguimiento del tratamiento. La periodicidad de sus encuadres es variada.

En 1 caso, varón, el paciente tiene encuadre mensual, con motivo de alta 03, Fin de Tratamiento.

En 8 casos, 4 son varones y 4 son mujeres, se encuadra al paciente quincenalmente. De ellos 2 casos, son varones, siguen en tratamiento con cumplimiento de medicación Malo y Muy Malo. Otros 3 casos, 2 son varones y

1 es mujer, culminan el proceso terapéutico con motivo de alta 06, Abandono. Los 3 casos restantes, son mujeres, culminan el tratamiento con alta por 03, Fin de Tratamiento.

En 12 casos, 5 son varones y 7 son mujeres el paciente tiene encuadre semanal. De ellos 10 casos, 4 son varones y 6 son mujeres, finalizan el tratamiento con alta por 03, Fin de Tratamiento, 3 de las mujeres tienen un cumplimiento de la medicación calificado de Muy Bueno y 1 mujer calificado de Bueno. Otro de los 2 casos restantes, mujer, sigue en tratamiento a la finalización de la recogida de datos de esta investigación, con un cumplimiento de medicación calificado de Malo. El otro de los 2 casos restantes, varón, culmina el tratamiento con alta por 05, Alta Voluntaria.

6.6.6.2 SEGUIMIENTO MADRE-PACIENTE

En 4 casos, 2 son varones y 2 son mujeres, se encuadra al paciente de forma semanal, acordando las entrevistas periódicas de seguimiento con la madre y el paciente. De ellos 1 caso, varón, finaliza con motivo de alta 05, Alta Voluntaria y los otros 3 casos, 1 es varón y 2 son mujeres, con motivo de alta 06, Abandono, 1 de los cuales, mujer, tiene un cumplimiento de medicación calificado de Malo.

6.6.6.2.1 CASO B08

Se trata de un varón de 11 años, hijo único diagnosticado con F51.5 Pesadillas; F98.0, enuresis no orgánica secundaria diurna y F98.1, trastorno

de ansiedad de separación en la infancia. Como codiagnóstico se aprecia un 309.21, trastorno por angustia de separación en estado residual.

Se propone un abordaje de Madre-Hijo, con periodicidad semanal, que se modifica en dos ocasiones. La primera ocasión tiene lugar cuando, al encontrarse mejor, se considera que necesitaba tiempos más largos para poder elaborar lo revisado en el tratamiento. Con el primer cambio se incrementan las entrevistas familiares de padre-madre-hijo del seguimiento. Con el segundo cambio, que se propone para ayudar al paciente a tener más autonomía, se distancian las entrevistas familares referidas.

El alta se propone por la terapeuta con fecha fija, porque la madre rogaba sostener más tiempo el tratamiento, lo que se consideró innecesario para el paciente.

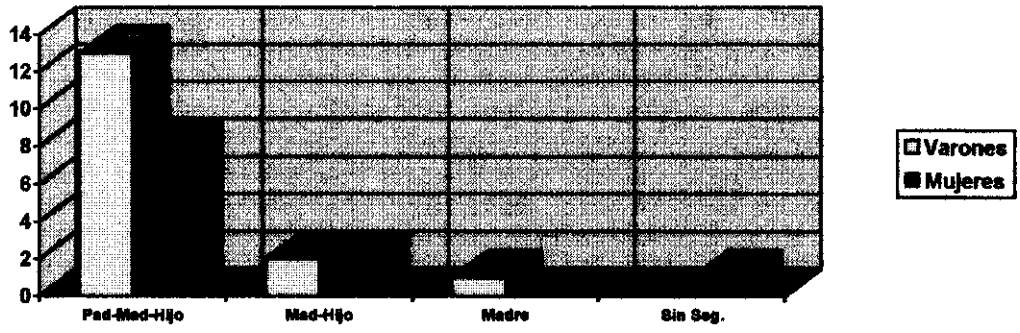
6.6.6.3 SEGUIMIENTO MADRE

En 1 caso, varón, se encuadran las entrevistas de seguimiento exclusivamente con la madre. Su cumplimiento de la medicación fue calificado de Bueno y el motivo de alta fue 03, Fin de Tratamiento.

6.6.6.4 SIN SEGUIMIENTO

En 1 caso, mujer de 15 años, se encuadra quincenalmente y no se contactó con los padres para programar entrevistas de seguimiento, por acuerdo con la paciente. Su cumplimento de la medición fue Malo y el motivo del alta fue por 05, Alta Voluntaria.

TIPOS DE SEGUIMIENTO CON PADRES				
	PADRE-MADRE-HIJO	MADRE-HIJO	MADRE	SIN SEGUIM.
VARONES	13	2	1	0
MUJERES	8	2	0	1



6.6.7 MODIFICACIONES INTRODUCIDAS EN EL ENCUADRE DE LOS TRATAMIENTOS

6.6.7.1 CAMBIOS DE MODALIDAD

En 4 casos, 1 es varón y 3 son mujeres, se produce un cambio de modalidad de intervención. Los 4 casos son atendidos quincenalmente. En 2 de ellos, son mujeres, se procede al alta por 06, Abandono, una de las cuales necesitó ser

revaluada en el año siguiente al alta y la otra no establece regularidad en la asistencia al tratamiento, solicitando excesivos cambios de cita o ausencias. En 1 caso, es mujer, se procede al alta por 07, Derivación. En 1 caso, es varón, continúa en tratamiento cuando se finaliza la recogida de datos del presente estudio.

CAMBIOS DE MODALIDAD O PERIODICIDAD		
	MODALIDAD	**PERIODICIDAD**
VARONES	**1**	**6**
MUJERES	**3**	**2**

p = 0'04

6.6.7.2 CAMBIOS DE PERIODICIDAD

En 8 casos de la muestra se producen cambios de la periodicidad del encuadre. En 5 casos, 4 son varones y 1 es mujer, nos encontramos con 1 cambio y en 3 casos, 2 varones y 1 mujer, nos encontramos con 2 cambios. De ellos 1 varón y 1 mujer, ambos con encuadre de tratamiento quincenal, tienen además un cambio de modalidad de atención.

En el presente subgrupo de pacientes hay que referir que se encuentran 3 de los casos que continúan en tratamiento. Se destaca igualmente que hay una diferencia significativa entre los sexos, p = 0'04 (test exacto de Fisher), en el número de cambios de periodicidad de las sesiones en la atención en Salud

Mental de Niños y Adolescentes, siendo los varones los que mayor número requieren.

6.6.8 INFORMES EMITIDOS PARA OTROS SERVICIOS

En 8 casos, 5 son varones y 3 son mujeres, se emiten informes durante el contacto con los pacientes, los lugares de destino son variados.

6.6.8.1 COMISIÓN DE TUTELA

2 son para Comisión de Tutela, bien para el inicio de expedientes de acogimiento para los menores, por necesidad de separación temporal del medio familiar, bien para informar del estado del menor adoptado.

6.6.8.2 SERVICIOS EDUCATIVOS

En 3 ocasiones los informes que se emiten son para el Sistema Educativo, los tutores o los profesores de aula. Se incluyen ciertas indicaciones específicas de trabajo y trato con los alumnos, para que se puedan dinamizar los problemas que se presentan en el aula.

6.6.8.3 SERVICIOS SOCIALES DE ZONA

En 2 ocasiones los informes que se emiten son con destino a los Servicios Sociales de Zona, en los mismos se incluyen algunas ideas y

recomendaciones para el manejo de los casos, ya que están también siendo atendidos allí.

6.6.8.4 OTROS MOTIVOS O SERVICIOS

3 de los informes emitidos son por otros motivos, como reeducaciones, etc.

INFORMES EMITIDOS PARA OTROS SERVICIOS				
	COMISIÓN TUTELA	**SERVICIOS EDUCATIV.**	**SERVICIOS SOCIALES**	**OTROS MOTIVOS**
Nº DE CASOS	**2**	**3**	**2**	**3**

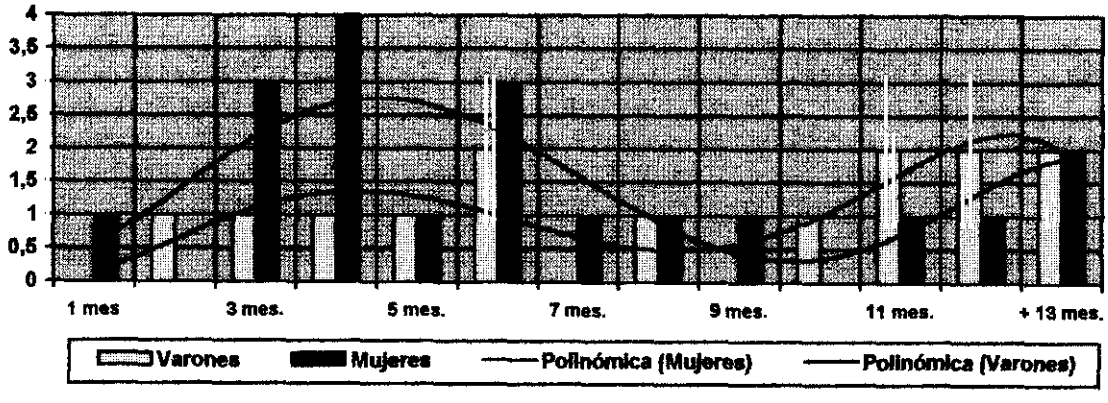
6.6.9 TIEMPO EN TRATAMIENTO

Por debajo del semestre de contacto con el dispositivo se encuentran: 1 caso, una mujer, que estuvo en tratamiento un mes. 1 caso, varón, que estuvo 2 meses en tratamiento. 4 casos, 1 es varón y 3 son mujeres, que estuvieron en tratamiento tres meses. 5 casos, 1 es varón y 4 son mujeres, que estuvieron en tratamiento cuatro meses. 2 casos, 1 es varón y 1 es mujer, que estuvieron en tratamiento cinco meses. 5 casos, 2 son varones y 3 son mujeres, que estuvieron en tratamiento seis meses.

Por encima del semestre se encuentran 1 caso, es mujer, que estuvo en tratamiento siete meses. 2 casos, 1 es varón y 1 es mujer, que estuvieron en tratamiento ocho meses. 1 caso, es mujer, que estuvo en tratamiento nueve meses. 1 caso, un varón, que estuvo en tratamiento diez meses. 3 casos, 2 son varones y 1 es mujer, que estuvieron en tratamiento once meses. 3 casos, 2 son varones y 1 es mujer, que estuvieron en tratamiento trece meses.

4 casos, 2 son varones y 2 son mujeres, continúan en tratamiento cuando se finaliza el periodo de recogida de datos de la muestra perteneciente a esta investigación, lo que significa el mayor cúmulo de tiempo de contacto con el dispositivo.

TIEMPO DE TRATAMIENTO

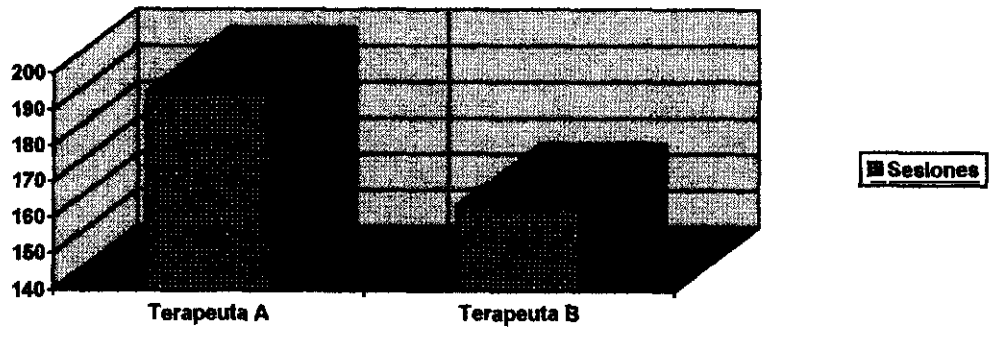


6.6.10 ACTOS CLÍNICOS

6.6.10.1 SESIONES INDIVIDUALES

El número total de sesiones individuales que recibe la muestra es de 358, que corresponden 195 al terapeuta A y 163 a la terapeuta B. En este grupo de pacientes nos encontramos con un rango que se compone, en su extremo menor, por 1 caso, mujer, que recibe una sesión y se le da el alta por 06, Abandono. En el extremo opuesto, el de mayor cantidad de atención, se encuentra 1 caso, varón, que recibe 36 sesiones y se le da alta por 03, Fin de Tratamiento.

SESIONES INDIVIDUALES POR TERAPEUTA



En todo el grupo hay 11 casos, 3 son varones y 8 son mujeres, que reciben menos de 10 sesiones de tratamiento, de los que 3 casos, son mujeres y reciben alta por 06, Abandono. Otros 2 casos, 1 es varón y 1 es mujer, realizan alta por 05, Voluntaria. Otros 5 casos, 1 es varón y 4 son mujeres, tienen alta

por 03, Fin de Tratamiento. El caso restante, un varón, continúa en tratamiento cuando se finaliza la recogida de la muestra.

En todo el grupo hay 12 casos, 5 son varones y 7 son mujeres, reciben menos de 20 sesiones de tratamiento, de los que 4 casos, 2 son varones y 2 son mujeres, reciben alta por 06, Abandono. En 1 caso, es mujer, se realiza alta por 07, Derivación. En 6 casos, 3 son varones y 3 son mujeres, se procede al alta por 03, Fin de Tratamiento. El caso restante, el de una mujer, continúa en *tratamiento cuando se finaliza la recogida de la muestra.*

En todo el grupo hay 3 casos, 2 son varones y 1 es mujer, que reciben menos de 30 sesiones de tratamiento, de los que todos reciben alta por 03, Fin de Tratamiento.

En todo el grupo hay 2 casos, son varones, que reciben menos de 40 sesiones de tratamiento. Ambos reciben alta por 05 y 03, Voluntaria y Abandono, respectivamente.

Se aprecia un aumento importante de altas por 03, Fin de tratamiento, en aquellos casos que tienen mayor frecuencia de asistencia, que coinciden con encuadres semanales, de tratamiento individual, con seguimiento a padres.

6.6.10.2 SESIONES CON PADRES

El número total de sesiones que se realizaron con padres, sin la presencia de menores, del total de la muestra es de 14, de las que corresponden 11 al terapeuta A y 3 a la terapeuta B. En este grupo de pacientes, compuesto por 6 casos, 4 son varones y 2 son mujeres, nos encontramos con que todos los

pacientes menos 1 reciben alta por 03, Fin de Tratamiento. Este caso, es mujer, continúa en tratamiento cuando se concluye la recogida de datos. En el subgrupo de este apartado hay 3 casos que reciben 1 sesión, 1 caso que recibe 2 sesiones, 1 caso que recibe 3 sesiones y 1 caso que recibe 6 sesiones.

6.6.10.3 SESIONES CON PACIENTES-PADRES

El número total de sesiones realizadas conjuntamente con pacientes y padres en la presente muestra es de 102, que corresponden 87 al terapeuta A y 15 a la terapeuta B.

Dentro del grupo total de pacientes de este subgrupo de muestra hay 8 casos que realizan una entrevista de este tipo, 2 son varones y 6 son mujeres. Los motivos de alta son 03, Fin de Tratamiento, en 6 casos. Es de 06 el motivo de alta, Abandono, en 2 casos y se mantiene en tratamiento 1 caso, mujer, del subgrupo.

Otros 4 casos realizan dos sesiones con este encuadre, 1 es varón y 3 son mujeres, todos con alta por 03, Fin de Tratamiento. Otros 8 casos, 5 son varones y 3 son mujeres, realizan menos de 10 sesiones de este tipo. Entre los motivos por los que se concluye el proceso terapéutico se encuentran 3 altas por 06, Abandono, 3 altas por 03, Fin de Tratamiento, 1 alta por 05, Voluntaria y 1 caso que continúa en tratamiento con la finalización de la recogida de datos.

El resto de grupo lo componen 3 casos más, 1 es mujer, que realiza 11 sesiones con este encuadre y finaliza el contacto con 07, Derivación y 2 casos,

varón y mujer, que realizan 15 y 16 sesiones de este tipo respectivamente, continuando ambos casos el tratamiento cuando finaliza la recogida de datos del presente estudio.

6.6.10.4 SESIONES EXTRA CON PACIENTES O PADRES

En 9 casos se realizan algún tipo de sesiones extra, su número varía solamente de 1 a 2. En 4 casos corresponden a sesiones extra realizadas con los pacientes, 2 son varones y 2 son mujeres, todos correspondientes a la terapeuta B. Los motivos a los que corresponden las altas son 03 y 06, Fin de Tratamiento y Abandono respectivamente, con 1 varón y 1 mujer en cada uno de los motivos.

En los otros 5 casos las sesiones extra corresponden a casos en los que los terapeutas realizan sesiones extra con padres y sesiones extra con pacientes, 1 es varón y 4 son mujeres, todos correspondientes al terapeuta A. Los motivos de alta de este subgrupo son de 2 casos, mujeres , con alta por 03, Fin de tratamiento. 1 caso, mujer, por 07, Derivación y 2 casos más que continúan en tratamiento cuando termina la recogida de datos, varón y mujer.

Esta variación podría ser considerada una particularidad diferenciadora del ejercicio profesional de ambos terapeutas. El terapeuta A tiende a recoger los contactos extra de los padres durante el tratamiento como una necesidad de contacto de los mismos con el terapeuta y les ofrece a los padres un espacio formal para tratar los temas motivo de su demanda. Sitúa así en el espacio formal del encuadre todos los flecos de pretendida relación informal, padres terapeuta o paciente terapeuta, ordenando lo trasferencia del conjunto del caso.

Por su parte la terapeuta B parece que opta por incluir en este procedimiento técnico al grupo de padres y no al de pacientes, a los que conmina a acudir con el tema de demanda informal en la sesión siguiente.

Una segunda lectura indicaría la conveniencia de tener en cuenta la gravedad de los casos para la interpretación del dato, lo cual serviría de causa justa y suficiente *per se*, para la indicación de entrevista extra.

6.6.10.5 SESIONES CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

En el proceso terapéutico de los 33 casos que inician tratamiento, 14 son varones y 19 son mujeres. En 1 caso no se realiza la sesión clínica de seguimiento de su tratamiento, porque la rápida evolución y la inesperada petición voluntaria de finalización, no lo permite.

Otros 15 casos reciben una sesión clínica de revisión de la marcha del tratamiento, 6 son varones y 9 son mujeres. De entre ellos hay 10 casos que finalizan con alta por 03, Fin de Tratamiento, hay 4 casos que finalizan con 06, Abandono y hay 1 caso que se valora como 05, Voluntaria.

En 6 casos, 3 son varones y 3 son mujeres, se tienen dos actos clínicos de esta entidad, a lo largo del tratamiento. 2 casos terminan con 03, Fin de Tratamiento, 3 casos concluyen con 06, Abandono y 1 caso se valora como 05, Voluntaria.

En 8 casos, 4 son varones y 4 son mujeres, se tienen tres actos clínicos de esta entidad, a lo largo del tratamiento. 2 casos no han terminado el tratamiento para la finalización del estudio y, por ello, no tienen motivo de alta.

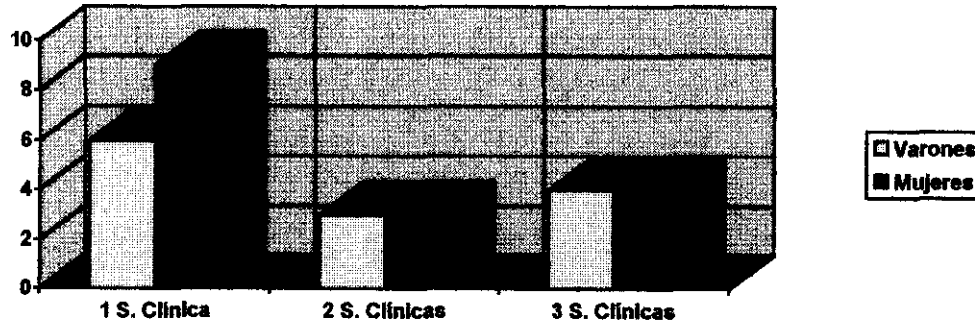
Otros 5 casos concluyen con 03, Fin de Tratamiento. 1 caso se valora como 06, Abandono.

En los 3 casos restantes, mujeres, 2 de ellas no han finalizado el contacto cuando se finaliza la recogida de datos y la tercera finaliza con alta por 07, Derivación.

Evidentemente los casos más graves se encuentran entre los que acumulan un mayor número de sesiones clínicas de seguimiento del tratamiento.

SESIONES CLÍNICAS DE SEGUIMIENTO DE TRATAMIENTO

	1 S. CLÍNICA	2 S. CLÍNICAS	3 S. CLÍNICAS
VARONES	6	3	4
MUJERES	9	3	4



6.6.11 COORDINACIONES CON OTROS EQUIPOS

El total de actos de coordinación que se requieren para el conjunto de la muestra es de 69. En 30 casos de la muestra total de 58 pacientes evaluados, 12 son varones y 18 son mujeres, se ha tomado contacto con otro servicio, previamente vinculado o no con el caso, para vehiculizar cierta información necesaria, a través de las coordinaciones periódicas establecidas.

En el conjunto destaca claramente un subgrupo de pacientes que aglutina el mayor volumen de contactos de coordinación, 28 en total, y que coincide con el subgrupo de 4 casos que no tienen motivo de alta, por no haber acabado el contacto con el Servicio de Salud Mental cuando se termina la recogida de datos.

COORDINACIONES CON OTROS SERVICIOS

	ATENCIÓN PRIMARIA	SERVICIOS SOCIALES	COMISIÓN TUTELA	SERVICIOS EDUCATIV.
VARONES	4	4	1	4
MUJERES	8	3	1	5

6.6.11.1 ATENCIÓN PRIMARIA

En 14 casos ha habido un acto de coordinación con medicina del primer nivel, Atención Primaria de Salud, de los que 8 son varones y 6 son mujeres.

En otros 10 casos, 4 son varones y 6 son mujeres, se producen dos encuentros de coordinación con Atención Primaria de Salud.

En 2 casos más, son mujeres, se realizan tres actos de coordinación con Atención Primaria de Salud.

6.6.11.2 SERVICIOS SOCIALES

En 4 casos, 2 son varones y 2 son mujeres, se lleva a cabo 1 acto de coordinación con los Servicios Sociales de Zona.

En 3 casos, 2 son varones y 1 es mujer, se producen 3 contactos de coordinación con los Servicios Sociales de Zona.

6.6.11.3 COMISIÓN DE TUTELA

En 2 casos, 1 varón y 1 mujer, se realizan 2 y 3 contactos de coordinación con la Comisión de Tutela respectivamente.

6.6.11.4 SERVICIOS EDUCATIVOS

De ellos 7 casos, 3 son varones y 4 son mujeres, requieren una coordinación con los Servicios Educativos de la Zona.

Otros 2 casos, 1 es varón y 1 es mujer, un segundo acto de coordinación con estos mismo servicios.

6.6.12 MOTIVOS DE ALTA

01: Fin de Estudio. 10 casos causan Alta por 01, 6 son mujeres y 4 son varones. 5 casos del terapeuta A, 2 son mujeres y 3 son varones. 5 casos del terapeuta B, 4 mujeres y 1 varón.

02: Fin de Estudio y Derivación. 3 casos causan Alta por 02, 2 son varones y 1 mujer. 2 casos del terapeuta A, los 2 son varones. 1 caso del terapeuta B, mujer.

03: Fin de Tratamiento. 17 casos causan Alta por 03, 8 son varones y 9 son mujeres. 9 casos del terapeuta A, 4 son mujeres y 5 son varones. 8 casos del terapeuta B, 5 son mujeres y 3 son varones.

05: Alta Voluntaria. 3 casos causan Alta por 05, 1 varón y 2 son mujeres. 2 casos del terapeuta A, los 2 son varones. 1 caso del terapeuta B, mujer.

06: Abandono. 20 casos causan Alta por 06, 12 son mujeres y 8 son varones. 10 casos del terapeuta A, 7 son mujeres y 3 son varones. 10 casos del terapeuta B, 5 son mujeres y 5 son varones.

07: Derivación. 1 caso causa Alta por 07, 1 mujer, del terapeuta A.

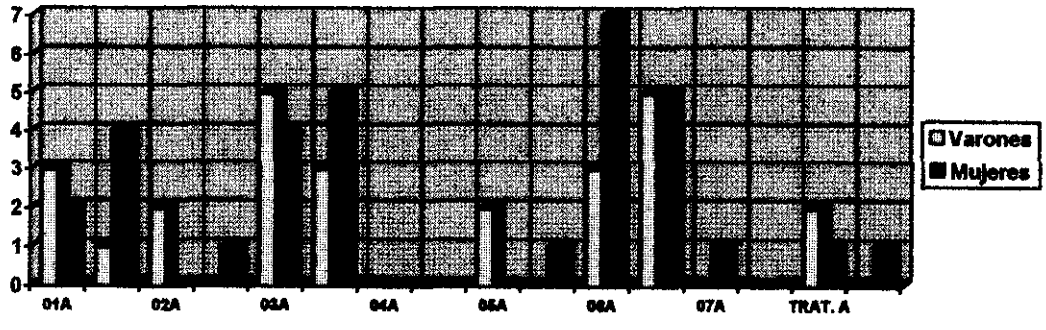
En el momento de la evaluación semestral del seguimiento 4 casos siguen en tratamiento, 2 son varones y 2 son mujeres. 3 casos del terapeuta A, 2 son varones y 1 es mujer. 1 caso del terapeuta B, 1 mujer.

MOTIVOS DE ALTA, TERAPEUTA A

	01	02	03	05	06	07	TRAT.
VARON	3	2	5	2	3	-	2
MUJER	2	-	4	-	7	1	1

MOTIVOS DE ALTA, TERAPEUTA B

	01	02	03	05	06	07	TRAT.
VARON	1	-	3	-	5	-	-
MUJER	4	1	5	1	5	-	1



6.6.13 DERIVACIONES

6.6.13.1 DURANTE EL TRATAMIENTO

Hay 5 casos a los que se les indica una derivación durante el tratamiento. De ellos 2 casos son derivados a la Comisión de Tutela, 1 varón y 1 mujer. 3 casos son derivados a los Servicios Educativos de Zona. Uno de los 2 primeros además es derivado, en algún momento del contacto, a Comisión de Tutela, Servicio Sociales de Zona, Atención primaria y Centro de Salud Municipal. Del grupo de pacientes que se agrupan bajo el presente epígrafe, dos reciben alta por fin de tratamiento y 3 casos no han concluido el contacto al término de la recogida de datos.

6.6.13.2 AL FINALIZAR EL TRATAMIENTO

En 1 caso y para finalizar el tratamiento, en régimen ambulatorio, se deriva a otro servicio de atención más intensiva. Se trata del caso A19, mujer, del que se ha hecho referencia detallada en otro apartado de esta tesis.

6.7 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN AL FINAL DEL TRATAMIENTO

El proceso de recogida de datos sobre la situación en la que se encuentran los pacientes al final del tratamiento se realiza mediante unos cuestionarios, elaborados a tal efecto y que se adjuntan en el apartado VI titulado Anexos de esta Tesis Doctoral.

Para alcanzar dicho objetivo se han confeccionado un cuestionario protocolizado que, bajo el común epígrafe de Informes Fin de Tratamiento se desglosa en tres diferentes para su aplicación, que se dirigen a evaluar la situación de los pacientes, desde el punto de vista del terapeuta que realizó el tratamiento, así como desde el del paciente y sus padres.

Fueron administrados por un observador imparcial entrenado, diferente del psicoterapeuta que ha conducido el tratamiento. A continuación pasamos a describir los resultados encontrados en dichos cuestionarios:

A) INFORMES DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO, EMITIDOS AL FINAL DEL MISMO POR EL TERAPEUTA

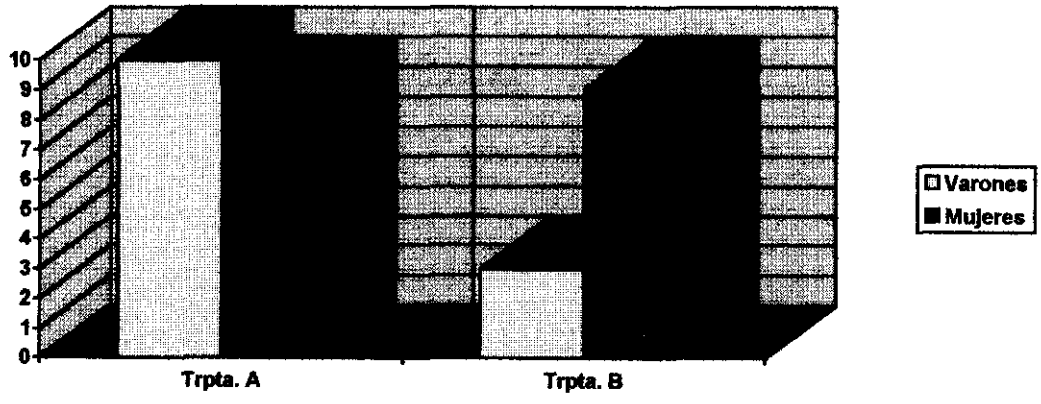
En 31 casos se ha completado el proceso de recogida de datos del Informe Fin de Tratamiento Terapeuta, de los cuales 13 son varones y 18 son mujeres, hay 16 altas por 03, Fin de Tratamiento, 3 altas por 05, Voluntaria, 7 altas por 06, Abandono y 1 alta por 07, Derivación.

En 2 casos más, un varón y una mujer, hay algún tipo de abordaje terapéutico, pero se prescinde de pasar el protocolo. El encuadre de ambos casos fue de seguimiento de medicación y de orientación a los padres sobre las conductas irregulares de los pacientes, no considerándolo propiamente psicoterapéutico.

Finaliza el primero de ellos con alta por 03, Fin de Tratamiento, lo que supone que el caso sostiene todo el proceso y el contacto de manera ordenada. Finaliza el segundo caso con alta por 06, Abandono, y se reevalúa antes del año, concluyendo en la segunda ocasión con alta por 03, Fin de Tratamiento.

INFORMES DE EVALUACIÓN: FIN DE TRATAMIENTO, TERAPEUTA

	TERAPEUTA A	TERAPEUTA B
VARONES	10	3
MUJERES	9	9



B) INFORMES DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO, EMITIDOS AL FINAL DEL MISMO POR LOS PACIENTES

Se ha completado el protocolo de Evaluación Fin de Tratamiento Paciente en 23 casos, 11 varones y 12 mujeres, en los que hay 16 altas por 03, Fin de Tratamiento, 3 altas por 05, Voluntaria y 4 casos sin motivo de alta, por encontrarse pendientes de la finalización de sus tratamientos en el momento de esta evaluación.

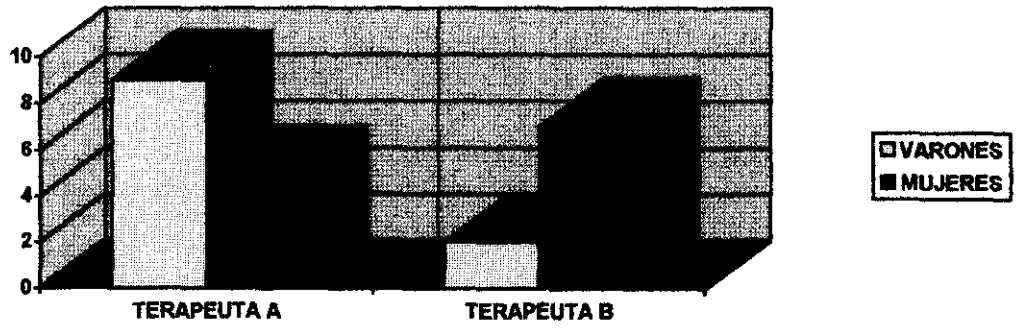
En 2 casos más, un varón y una mujer, se prescinde de pasar el protocolo a pesar de haber estado en contacto con el Servicio de Salud Mental de manera formal, por considerar la terapeuta que los pacientes no podrían responderlos, dado su bajo nivel intelectual y la gravedad de su patología.

En 2 casos del total presentado en este apartado se efectúa una revaluación antes del año. Las dos son mujeres con alta por 03, Fin de Tratamiento, desde la primera vez que consultaron.

En 8 casos, 2 son varones y 6 son mujeres, de los que estaban en tratamiento y que habían participado en el protocolo anterior, Evaluación Fin de Tratamiento Terapeuta, se ha procedido al alta por 06, Abandono, y por tanto *no se les ha pasado este protocolo.*

La entrevista siempre se hace con el paciente designado y en el Servicio de Salud Mental. Siempre en directo, en todos los casos excepto en 2, varones, que se realiza por teléfono, por no encontrarse los terapeutas encargados disponibles en el momento necesario.

INFORMES DE EVALUACIÓN: FIN DE TRATAMIENTO, PACIENTE		
	TERAPEUTA A	TERAPEUTA B
VARONES	9	2
MUJERES	5	7



C) INFORMES DE EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO, EMITIDOS AL FINAL DEL MISMO POR LOS PADRES

Se ha completado el protocolo de Evaluación Fin de Tratamiento Padres en 21 casos, 10 son varones 11 son mujeres, en los que hay 16 altas por 03, Fin de Tratamiento, 1 alta por 05, Voluntaria y 4 casos sin motivo de alta por encontrarse pendientes de la finalización de sus tratamientos.

En 11 casos se hicieron las entrevistas con las madres de los pacientes. En 7 casos se realizó con padre y madre. En 1 caso se hizo con padre, madre e hijo. En otros 2 casos fueron hechas por teléfono, también con las madres.

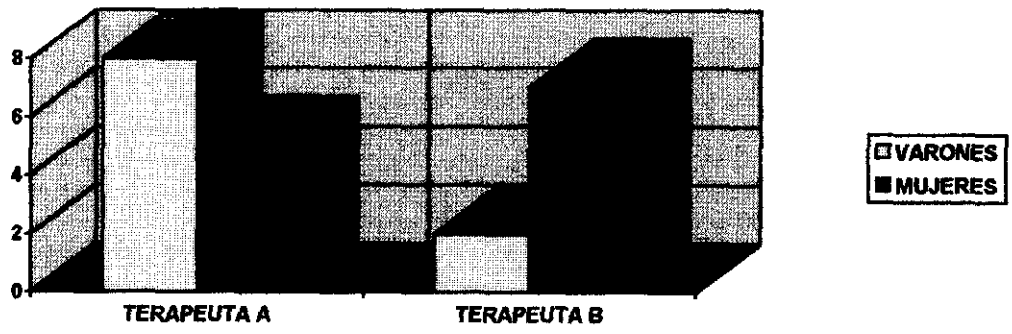
Los 2 casos de diferencia son:

El caso A03 es un varón de 13 años, que decide unilateralmente solicitar el alta voluntaria y que no informa a su madre, con la que vive, de la decisión, por lo que a ella no se le pasa el protocolo, para no alterar la manera particular de terminar el contacto y porque el compromiso terapéutico se estableció con el paciente.

El caso B18 es una mujer de 16 años que inicia la demanda ella sola y solicita que su familia no sea informada. Cuando es dada de alta, también por Alta Voluntaria, lógicamente tampoco se informa a su familia.

INFORMES DE EVALUACIÓN: FIN DE TRATAMIENTO, PADRES

	TERAPEUTA A	TERAPEUTA B
VARONES	8	2
MUJERES	5	7



En 2 casos más, un varón y una mujer, se prescinde de pasar el protocolo a pesar de haber estado en un contacto de seguimiento con el servicio de salud

mental, de manera formal, por considerar la terapeuta que los pacientes no podrían responderlos, dado su bajo nivel intelectual y la gravedad de su patología.

En 2 casos del total presentado en este apartado se efectúa una revaluación antes del año, son dos mujeres con alta por 03, Fin de Tratamiento, en su primer contacto.

6.7.1 APRECIO DE LAS MODIFICACIONES

En este apartado se solicita a los sujetos que desciban y evalúen puntuando si ha habido modificaciones en la problemática por la que se consultó.

VALORACIÓN DEL TERAPEUTA

Entre los varones se encuentra 1 caso al que el terapeuta puntúa con 2. Por encima de la puntuación media se encuentran otros 12 casos.

Entre las mujeres se encuentran 5 casos que puntúan por debajo de la media. Encima de la puntuación media hay 12 casos. En 1 caso la puntuación se tiene que considerar negativa por el empeoramiento de la paciente.

VALORACIÓN DEL PACIENTE

Todos los pacientes se sitúan a sí mismos en puntuaciones por encima de la media, lo que significa que expresan una impresión de mejoría de sus síntomas con respecto al motivo de consulta.

VALORACIÓN DE LOS PADRES

La submuestra de padres en todos los casos, menos en 1, varón, sitúan las puntuaciones por encima de la media, lo que significa que expresan una franca impresión de mejoría de los síntomas de sus hijos, con respecto al motivo de consulta.

Esta diferencia de opinión entre los padres y el caso de este varón (A18) se encontrará a lo largo de toda la exposición de resultados.

La diferencia de opinión entre terapeutas y pacientes en cuanto al aprecio de la mejoría es significativa, p = 0'01; de igual manera es significativa la diferencia de opinión de los terapeutas, los pacientes y los padres entre sí, p = 0'01. No resulta significativa, por el contrario, la de los padres con los pacientes ni la de los terapeutas con los padres.

6.7.2 ÁMBITO DE APRECIO DE LAS MODIFICACIONES

En este apartado se solicita que los evaluados definan en que espacios de sus relaciones se aprecian sus modificaciones: padres, hermanos, amistades, terceras personas u otros posibles ámbitos, pudiendo elegirse varios o todos.

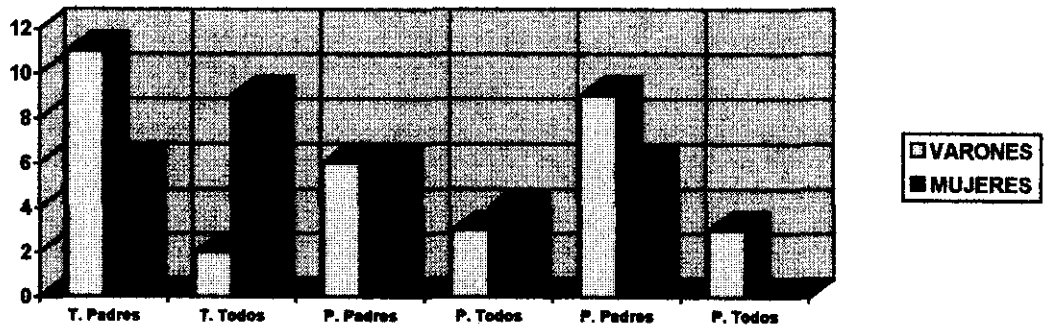
A) PRIMER ÁMBITO EN EL QUE SE APRECIAN MODIFICACIONES

Los terapeutas creen que en 17 casos, 11 varones y 6 mujeres, el aprecio del cambio se produce por los padres en primer lugar. En 11 casos se aprecia el cambio por todos los ámbitos, en primer lugar, 2 varones y 9 mujeres. En el resto hay 2 casos, mujeres, en las que el terapeuta dice que se aprecian por

terceras personas los cambios, en primer lugar. En 1 caso no aparece aprecio en ningún ámbito específicamente.

ÁMBITO DE APRECIO DE LAS MODIFICACIONES/TERAPEUTAS

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	Padres	Todos	Padres	Todos	Padres	Todos
VARONES	11	2	6	3	9	3
MUJERES	6	9	6	4	6	0



Los pacientes creen, en 12 casos, 6 de cada sexo, que el aprecio del cambio se produce por los padres en primer lugar. En 7 casos se aprecia el cambio por todos los ámbitos, en primer lugar, 3 varones y 4 mujeres. En 2 casos, 2 varones, el ámbito de aprecio son las terceras personas. En otros 2 casos, 2 mujeres, se produce en primer lugar también en el colegio.

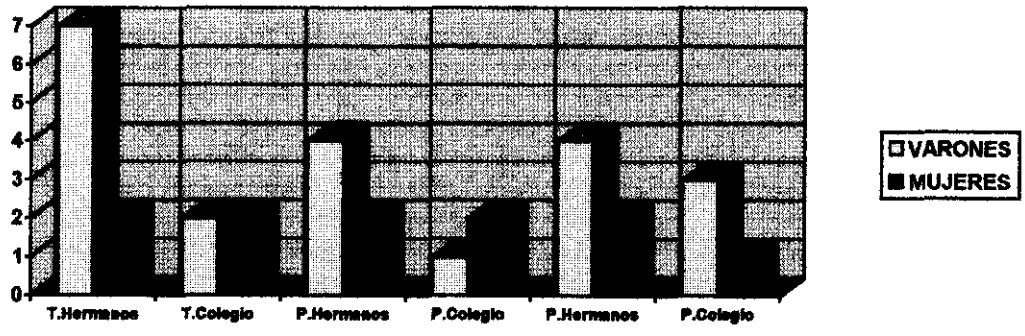
Los padres creen, en 15 casos, que es en su propio ámbito donde se produce el aprecio del cambio en primer lugar, 9 varones y 6 mujeres. En 3 casos se aprecia el cambio por todos los ámbitos, en primer lugar, mujeres. En 2 casos,

mujeres, el ámbito de aprecio es el colegio. En 1 caso, varón, se produce en primer lugar también en las terceras personas.

B) SEGUNDO ÁMBITO EN EL QUE SE APRECIAN MODIFICACIONES

ÁMBITO DE APRECIO DE LAS MODIFICACIONES/PACIENTES

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	Hermanos	Colegio	Hermanos	Colegio	Hermanos	Colegio
VARONES	7	2	4	1	4	3
MUJERES	2	2	2	2	2	1



Para los terapeutas en 9 casos, 7 varones y 2 mujeres, se produce en segundo lugar el aprecio en los hermanos. En segundo lugar también se encuentra el colegio como ámbito de aprecio en 4 casos, 2 varones y 2 mujeres.

En opinión de los pacientes hay 6 casos, 4 varones y 2 mujeres, en los que se produce en segundo lugar el aprecio en los hermanos. En segundo lugar

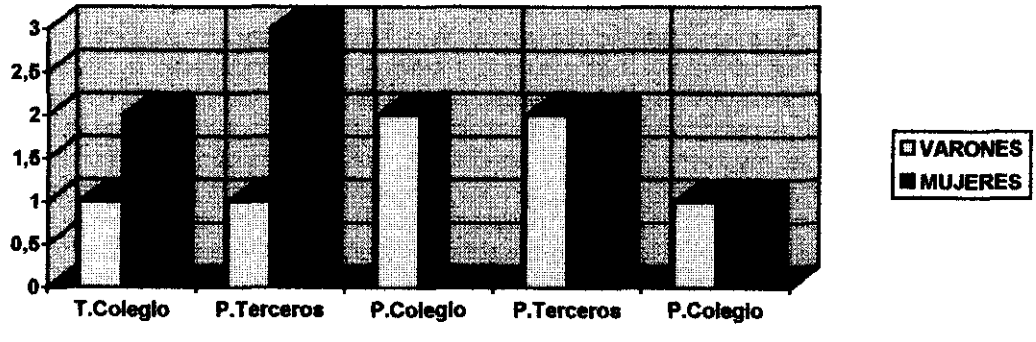
también se encuentra el colegio como ámbito de aprecio en 3 casos, 1 varón y 2 mujeres. En 1 caso, varón, el cambio se aprecia por terceras personas, como ámbito de aprecio, en segundo lugar.

Los padres exponen en 6 casos, 4 varones y 2 mujeres, que se produce en segundo lugar el aprecio en los hermanos. En segundo lugar también se encuentra el colegio como ámbito de aprecio en 4 casos, 3 varones y 1 mujer. En 2 casos, varón y mujer, el cambio se aprecia por terceras personas, como ámbito de aprecio, en segundo lugar.

C) TERCER ÁMBITO EN EL QUE SE APRECIAN MODIFICACIONES

ÁMBITO DE APRECIO DE LAS MODIFICACIONES/PADRES

	TERAPEUTAS	PACIENTES		PADRES	
	Colegio	Terceros	Colegio	Terceros	Colegio
VARONES	1	1	2	2	1
MUJERES	2	3	0	2	1



Los terapeutas en 3 casos, 1 varón y 2 mujeres, aprecian el cambio en el colegio en tercer lugar.

Los pacientes en 4 casos, 1 varón y 3 mujeres, aprecian el cambio por terceras personas, en tercer lugar. En 2 casos, varones, es en el colegio en donde se aprecia.

Los padres en 4 casos, 2 varones y 2 mujeres, aprecian el cambio por terceras personas, en tercer lugar. En 2 casos, varón y mujer, es en el colegio en donde se aprecia.

Como vemos en el orden de sucesión de estos espacios se encuentran en primer lugar los padres y en segundo los hermanos, lo que es una valoración de la efectividad del tratamiento muy similar a la que tienen los terapeutas, que valoran de la misma manera el espacio social de los pacientes. No obstante si que coincide, bastante más exactamente tanto en esquema como en volumen de casos, la que tienen los padres con la que tienen los pacientes.

6.7.3 FECHA DE APRECIO DE LAS MODIFICACIONES

En este apartado se solicita que expresen desde que momento notaron modificaciones, si las hubo: Durante el diagnóstico, al comienzo, durante o al final del tratamiento.

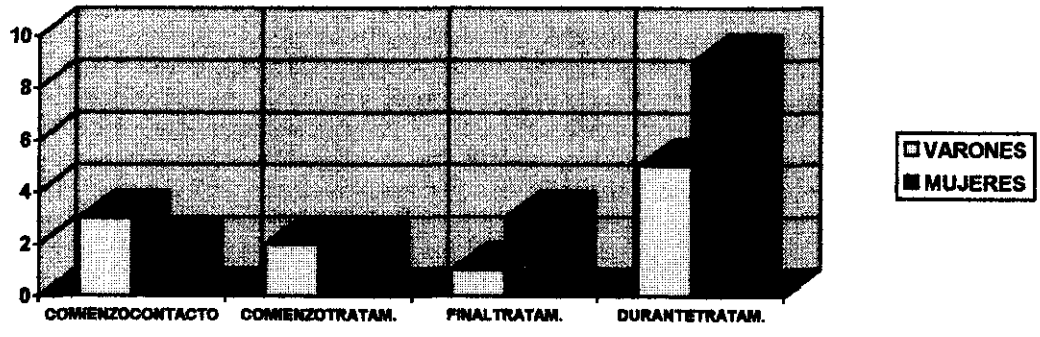
A) SEGÚN LOS TERAPEUTAS

En 5 casos, 3 varones y 2 mujeres, se aprecian cambios desde el comienzo del contacto, o lo que es lo mismo, desde el inicio del proceso diagnóstico.

En 8 casos, 4 de cada sexo, se aprecian las modificaciones desde el comienzo del tratamiento.

En 4 casos, 1 varón y 3 mujeres, se aprecian los cambios antes de finalizar el tratamiento.

FECHA DE APRECIO DE MODIFICACIONES/TERAPEUTAS				
	COMIENZO CONTACTO	COMIENZO TRATAM.	FINAL TRATAM.	DURANTE TRATAM.
VARONES	3	2	1	5
MUJERES	2	2	3	9



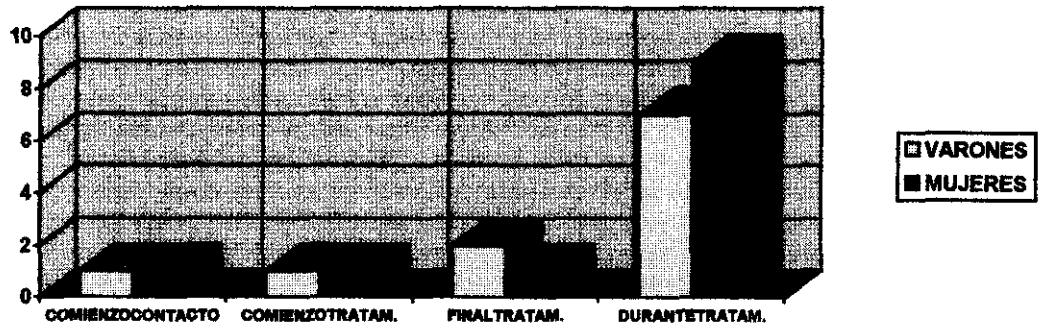
En los 14 casos restantes, 5 varones y 9 mujeres, se aprecia el cambio a lo largo del proceso terapéutico.

Hay una tendencia en los terapeutas a relacionar los resultados del cambio y la modificaciones en sus pacientes en los entornos de padres, hermanos,

familia, amigos y terceros. Cuanto más puntuación se da en la consideración de la mejoría, mayores son también las puntuaciones adjudicadas a los casos en lo que respecta a los cambios en el entorno.

B) SEGÚN LOS PACIENTES

FECHA DE APRECIO DE MODIFICACIONES/PACIENTES				
	COMIENZO CONTACTO	COMIENZO TRATAM.	FINAL TRATAM.	DURANTE TRATAM.
VARONES	1	1	2	7
MUJERES	1	1	1	9



En 2 casos, 1 varón y 1 mujer, se aprecian cambios desde el comienzo del contacto, o lo que es lo mismo, desde el inicio del proceso diagnóstico.

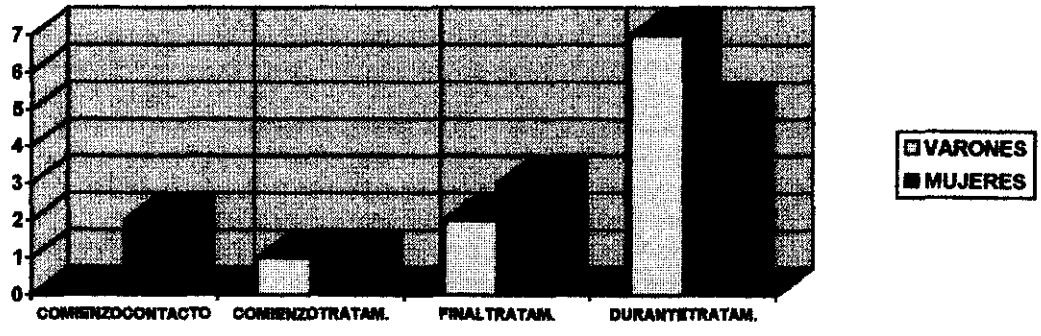
En 2 casos, 1 de cada sexo, se aprecian las modificaciones desde el comienzo del tratamiento.

En 3 casos, 2 varones y 1 mujer, se aprecian los cambios antes de finalizar el tratamiento.

En los 16 casos restantes, 7 varones y 9 mujeres, los pacientes aprecian el cambio a lo largo del proceso terapéutico.

C) SEGÚN LOS PADRES

FECHA DE APRECIO DE MODIFICACIONES/PADRES				
	COMIENZO CONTACTO	COMIENZO TRATAM.	FINAL TRATAM.	DURANTE TRATAM.
VARONES	0	1	2	7
MUJERES	2	1	3	5



En 2 casos, mujeres, se aprecian cambios desde el comienzo del contacto, o lo que es lo mismo, desde el inicio del proceso diagnóstico.

En 2 casos, 1 de cada sexo, se aprecian las modificaciones desde el comienzo del tratamiento.

En 5 casos, 2 varones y 3 mujeres, se aprecian los cambios antes de finalizar el tratamiento.

En los 12 casos restantes, 7 varones y 5 mujeres, los pacientes aprecian el cambio a lo largo del proceso terapéutico.

En opinión de los terapeutas los avances se reparten bastante homogéneamente a lo largo del tiempo de contacto de los pacientes con el dispositivo.

En opinión de padres y pacientes, la mayoría de los avances se dan a lo largo del tratamiento en casi 2/3 de la muestra evaluada.

La diferencia de opinión puede ser adjudicada a la mayor sensibilidad de los terapeutas a valorar cambios en los pacientes que sirvan de indicadores de la evolución del proceso iniciado, bien para considerar el alta, bien para reorientar los objetivos terapéuticos.

6.7.4 MODIFICACIONES EN LAS RELACIONES

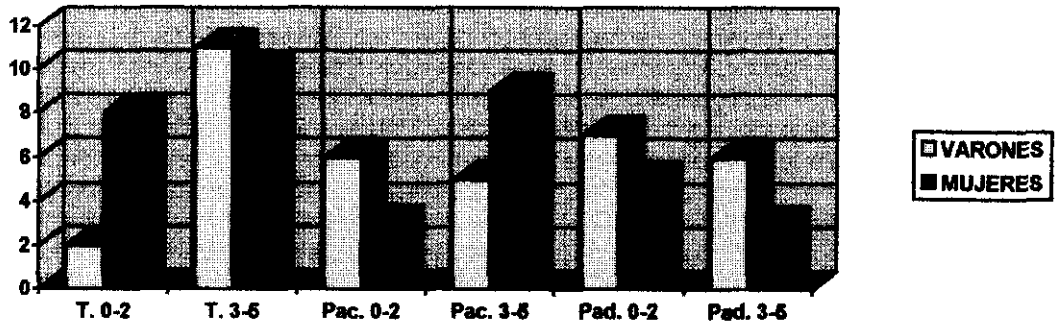
Se habla en este apartado de los resultados que se obtienen de los cuestionarios que se pasan al terapeuta, a los padres y al paciente, cuando acaba el contacto con el dispositivo de Salud Mental. El área de las modificaciones en las relaciones habla de variaciones observables en las relaciones con los familiares o terceras personas.

La puntuación 1 hace referencia a la no existencia de cambios apreciables, consideramos que la puntuación 3 se refiere a un cambio de relevancia.

A) CON LOS PADRES

MODIFICACIONES EN LAS RELACIONES/PADRES

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	2	11	6	5	7	6
MUJERES	7+1	10	3	9	5	3



Para los terapeutas, del total de la muestra hay 9 casos, 2 varones y 7 mujeres, que están en puntuación por debajo del 3, lo que indica que hay otros 21 casos por encima de la puntuación media, indicador de algún cambio o de suficiente mejoría apreciada en las relaciones del paciente con los padres.

En 1 caso, mujer, hay una valoración negativa por parte del terapeuta en la consideración de la evolución de las relaciones con los padres. De hecho esta es la paciente que fue derivada a un Centro de Día con mayor contención.

Para los pacientes hay 9 casos, 6 varones y 3 mujeres, que están en puntuación por debajo del 3, lo que indica que hay otros 14 casos por encima de la puntuación media, indicador de algún cambio o de suficiente mejoría apreciada, por el paciente, en sus relaciones con los padres.

Para los padres hay 12 casos, 7 varones y 5 mujeres, que están en puntuación por debajo del 3, lo que indica que hay otros 9 casos por encima de la puntuación media, indicador de algún cambio o de suficiente mejoría apreciada, por los padres, en sus relaciones con los pacientes.

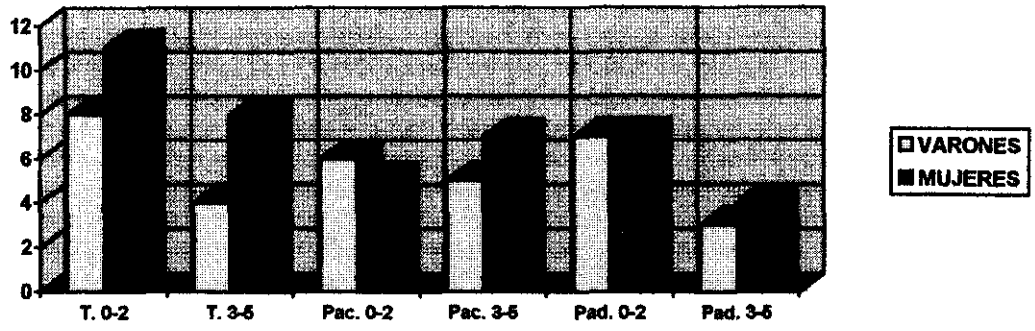
Se observa menor impresión de modificaciones de las relaciones en los padres y mayor concordancia de los resultados entre los terapeutas y los pacientes.

B) CON LOS HERMANOS

Para los terapeutas del total de la muestra hay 18 casos, 8 varones y 10 mujeres, que están en la puntuación por debajo del 3, lo que indica que hay 12 casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría sustancial, claramente apreciable, de las relaciones del paciente con los hermanos.

Se mantiene en 1 caso, mujer, hay una valoración negativa por parte del terapeuta en la consideración de la evolución. La paciente que fue derivada a un centro de mayor contención.

MODIFICACIONES EN LAS RELACIONES/HERMANOS						
	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	8	4	6	5	7	3
MUJERES	10+1	8	5	7	7	4



Para los pacientes del total de la muestra hay 11 casos, 6 varones y 5 mujeres, que están en la puntuación 1, lo que indica que hay 12 casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría substancial, claramente apreciable, de las relaciones del paciente con los hermanos.

Para los padres del total de la muestra hay 14 casos, 7 varones y 7 mujeres, que están en las puntuaciones inferiores, lo que indica que hay 7 casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría substancial, claramente apreciable por los padres, de las relaciones del paciente con los hermanos.

Es interesante hacer ver que dos terceras partes de los padres tienen la impresión de que nada ha cambiado en las relaciones de los pacientes de la

muestra con los hermanos. Han pasado por el tratamiento sin que vean reflejo alguno en las relaciones con las personas más cercanas. En cambio el otro tercio valora gradualmente los cambios, aunque en ningún caso se consigue alcanzar la puntuación 5.

Es interesante igualmente valorar que la mitad de los pacientes de la muestra tienen la impresión de que nada ha cambiado en sus relaciones con los hermanos. Han pasado por el tratamiento sin que se refleje en las relaciones sociales más cercanas. En todo caso si que valoran lo que puede tener que ver con sus padres. En cambio la otra mitad valora gradualmente los cambios.

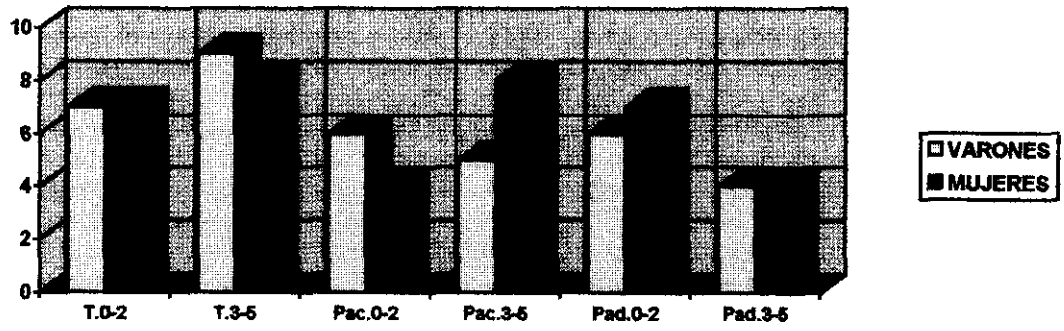
C) CON LAS AMISTADES

Los terapeutas expresan que del total de la muestra hay 13 casos, 7 varones y 6 mujeres, que están en la puntuación por debajo del 3, lo que indica que hay 17 casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría sustancial, claramente apreciable, de las relaciones del paciente con las amistades, su ámbito social más apropiado.

Se mantiene en 1 caso, mujer, hay una valoración negativa por parte del terapeuta en la consideración de la evolución. La paciente que fue derivada a un centro de mayor contención.

Los pacientes expresan que del total de la muestra hay 10 casos, 6 varones y 4 mujeres, que están en la puntuación por debajo del 3, lo que indica que hay 13 casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría substancial, claramente apreciable, de las relaciones del paciente con las amistades, su segundo ámbito social más apropiado.

MODIFICACIONES EN LAS RELACIONES/AMISTADES						
	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	7	9	6	5	6	4
MUJERES	6+1	8	4	8	7	4



Los padres expresan que del total de la muestra hay 13 casos, 6 varones y 7 mujeres, que están en la puntuación por debajo del 3. Por lo tanto hay 8 casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría substancial, claramente apreciable por los padres, en lo que respecta a las relaciones del paciente con las amistades, su segundo ámbito social más apropiado.

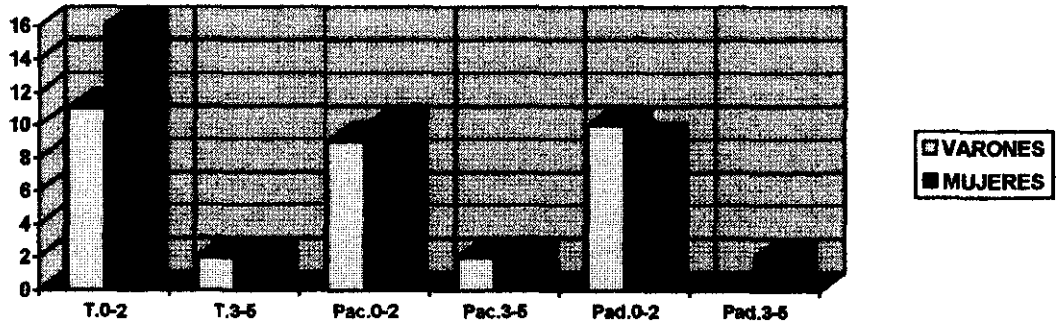
Los padres parecen adoptar una postura de menor valoración de las variaciones posibles, habidas en el seno de las relaciones de los hijos con sus amistades, en cambio hay mayor acuerdo entre los terapeutas y los propios pacientes.

Parecería haber menor sensibilidad en el subgrupo de los padres hacia las fluctuaciones de los afectos personales de los hijos, fuera del ámbito de los vínculos afectivos familiares.

D) CON TERCEROS

MODIFICACIONES EN LAS RELACIONES/TERCEROS

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	11	2	9	2	10	0
MUJERES	15+1	2	10	2	9	2



Para los terapeutas, del total de la muestra hay 26 casos, 11 varones y 15 mujeres, que están en la puntuación por debajo del 3, lo que indica que hay 4

casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría sustancial, claramente apreciable, de las relaciones del paciente con terceras personas.

Se mantiene en 1 caso, mujer, hay una valoración negativa por parte del terapeuta en la consideración de la evolución. La paciente que fue derivada a un centro de mayor contención.

Para los pacientes, del total de la muestra hay 19 casos, 9 varones y 10 mujeres, que están en la puntuación 1, lo que indica que hay 4 casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría substancial, claramente apreciable, de las relaciones del paciente con terceras personas.

Para los padres, del total de la muestra hay 19 casos, 10 varones y 9 mujeres, que están en la puntuación 1, lo que indica que hay 2 casos por encima de la puntuación media, indicador de mejoría substancial, claramente apreciable, de las relaciones del paciente con terceras personas.

Lo que significa una contundente impresión de que según se va alejando de las relaciones con los padres, el aprecio del medio se va reduciendo, como si nadie les viera sus problemas, como si no siempre se viera la patología. Este espacio determina un segundo círculo en el que la aparición de síntomas puede significar mayor patología.

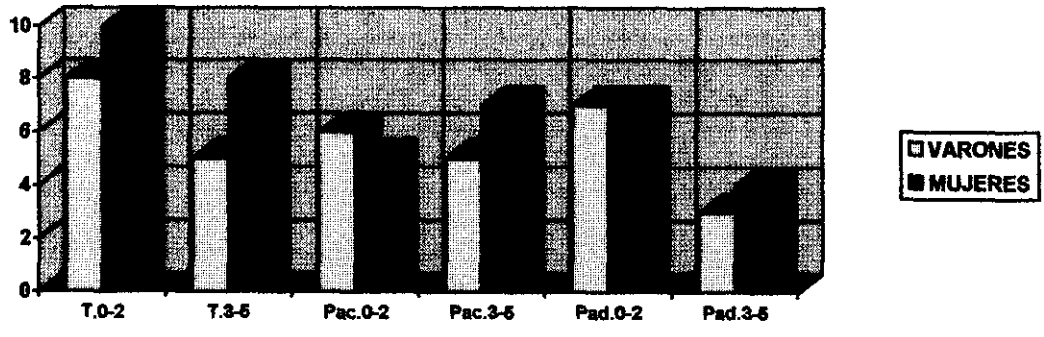
6.7.5 CAMBIOS APRECIADOS EN LOS CENTROS DE INTERÉS

Para los terapeutas no se aprecian cambios en los centros de interés habituales de los pacientes en 17 casos, 8 varones y 9 mujeres. En los 13 casos restantes si se aprecian cambios en los centros de interés

Se mantiene en 1 caso, mujer, hay una valoración negativa por parte del terapeuta en la consideración de la evolución. La paciente que fue derivada a un centro de mayor contención.

CAMBIOS APRECIADOS EN LOS CENTROS DE INTERÉS

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	8	5	6	5	7	3
MUJERES	9+1	8	5	7	7	4



Para los pacientes no se aprecian cambios en sus centros de interés habituales en 11 casos, 6 varones y 5 mujeres, de manera contundente, con puntuación 1. En los 13 casos restantes si se aprecian cambios en los centros de interés.

Para los padres no aprecian cambios en sus centros de interés habituales de los pacientes en 14 casos, 7 de cada sexo. En los 7 casos restantes si se aprecian cambios en los centros de interés.

Los terapeutas tienen una apreciación más inmovilista o no tienen información suficiente, sobre los cambios de interés de lo pacientes.

Dos terceras partes de los padres de la muestra adolece también de una cierta percepción de inmanencia en sus hijos, en contraste con las opiniones de estos mismos, que si aprecian variaciones.

Destaca en general en las apreciaciones de los pacientes una cierta tendencia a no tener criterios perceptivos de pequeños cambios, o a ser extremadamente parcializadores de la percepción de su posición vital, en relación a los objetos que les rodean.

Teniendo en cuenta que las edades de la muestra suponen ya un cierto desarrollo de la inteligencia y de la conciencia de sus diferencias con el medio ambiente y con lo familiar, nos preguntamos sobre cuales son los criterios de salud para los pacientes de estas edades y en que grado deben de afectarse las actividades de ocio, en los pacientes, para que sirvan de indicador de salud mental.

6.7.6 ÁREA ESCOLAR

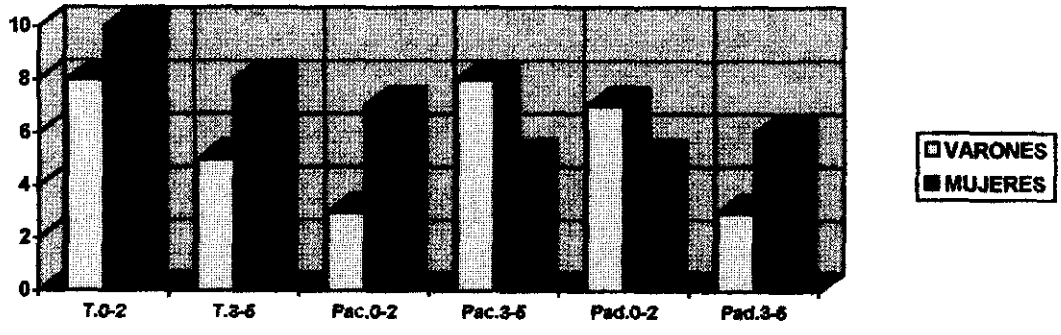
Se trata en este apartado de conseguir la información sobre la situación escolar, tanto en la existencia de cambios de rendimiento, como el conocimiento por parte de los profesores o alumnos de la asistencia de

paciente a la psicoterapia y la percepción que estos últimos creen que hay de su sintomatología en su Centro Escolar.

6.7.6.1 MODIFICACIONES DEL RENDIMIENTO

MODIFICACIONES DEL RENDIMIENTO

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	8	5	3	8	7	3
MUJERES	9+1	8	7	5	5	6



En opinión de los terapeutas hay 18 casos, 8 varones y 10 mujeres, en los que no ha habido ninguna modificación apreciable en el rendimiento escolar. En los 12 restantes si se han observado cambios positivos, 6 de ellos de forma importante, como consecuencia del contacto terapéutico.

Se mantiene en 1 caso, mujer, hay una valoración negativa por parte del terapeuta en la consideración de la evolución. La paciente que fue derivada a un centro de mayor contención.

En opinión de los pacientes hay 10 casos, 3 varones y 7 mujeres, que no han mostrado ninguna modificación apreciable en su rendimiento escolar. En los 13 restantes si se han observado cambios como consecuencia del contacto terapéutico. En 1 caso de ellos, varón, el cambio ha sido claramente hacia peor.

En opinión de los padres hay 12 casos, 7 varones y 5 mujeres, en los que no ha habido ninguna modificación apreciable en el paciente en cuanto a su rendimiento escolar. En 1 caso, varón que continúa en contacto con el servicio, si se ha percibido un claro empeoramiento del rendimiento. En los 8 casos restantes los padres si han observado cambios, positivos en mayor o menor medida, a partir del contacto terapéutico.

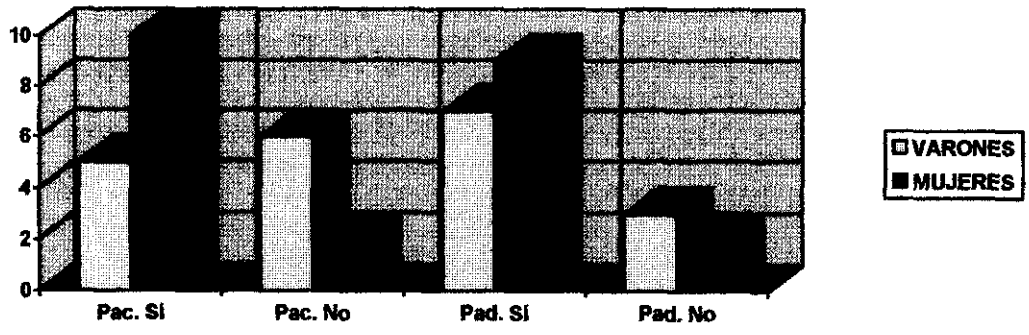
6.7.6.2 CONOCEN EN EL COLEGIO SU TRATAMIENTO

En opinión de los pacientes hay 8 casos, 6 varones y 2 mujeres, que no han comunicado a su centro escolar el curso del tratamiento. Todos estos casos menos en uno están en el subgrupo que considera que no se percibe su problemática en el entorno escolar. Hay una tendencia de significatividad de los varones frente a las mujeres, $p = 0'08$, a no comunicar su tratamiento al centro educativo.

Hay 5 casos, 3 varones y 2 mujeres, en los que los padres creen que no se ha comunicado al centro escolar el curso del tratamiento. Todos estos casos

están en el subgrupo de los que consideran que no se percibe su problemática en el entorno escolar.

CONOCEN TRATAMIENTO				
	PACIENTES		PADRES	
	Sí	No	Sí	No
VARONES	5	6	7	3
MUJERES	10	2	9	2



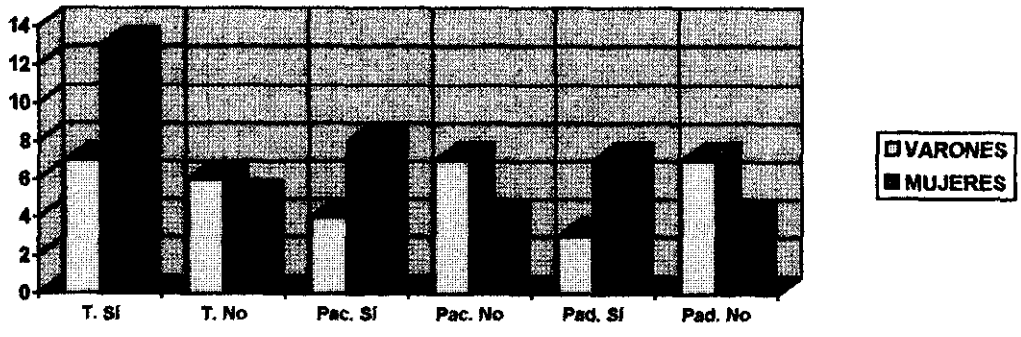
6.7.6.3 PERCEPCIÓN EN EL CENTRO ESCOLAR

Según los terapeutas en 11 casos, 6 varones y 5 mujeres, no ha habido ninguna percepción apreciable, en el ámbito escolar, de los síntomas del paciente. En los 20 restantes si observa, el terapeuta que se aprecia en el centro escolar la sintomatología del paciente.

Según los pacientes en 11 casos, 7 varones y 4 mujeres, no ha habido ninguna percepción apreciable, en el ámbito escolar, de sus síntomas. En los 12 casos restantes si consideran que se observa, en el centro escolar, la sintomatología.

PERCIBEN EL TRATAMIENTO EN EL CENTRO ESCOLAR

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
VARONES	7	6	4	7	3	7
MUJERES	13	5	8	4	7	4



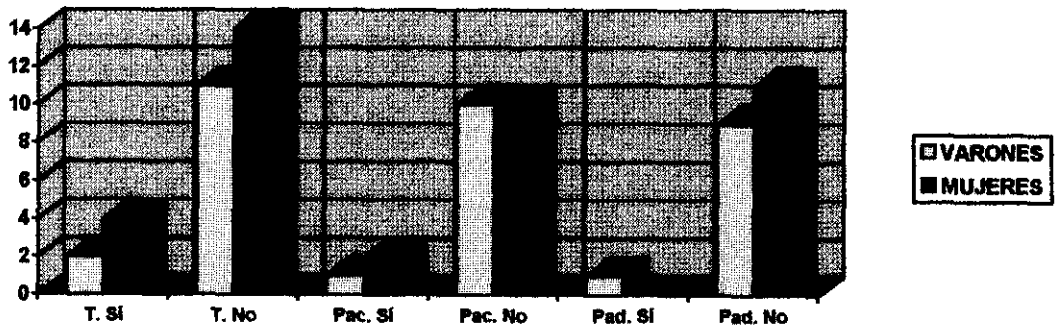
Según los padres en 11 casos, 7 varones y 4 mujeres, no ha habido ninguna percepción apreciable, en el ámbito escolar, de los síntomas. En los 10 casos restantes si consideran que se observa, en el centro escolar, la sintomatología.

6.7.7 OTRAS MODIFICACIONES APRECIABLES

En este apartado se trata de valorar si ha habido otras modificaciones apreciables en el paciente a lo largo del tratamiento y si estas se encuentran en relación con el mismo en opinión de los encuestados.

OTRAS MODIFICACIONES APRECIABLES

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
VARONES	2	11	1	10	1	9
MUJERES	4	14	2	10	0	11



En la opinión de los terapeutas 25 casos, 11 varones y 14 mujeres, no han tenido otras modificaciones apreciables. En 6 casos, 2 varones y 4 mujeres, si ha habido otras modificaciones apreciables, 3 de los cuales han sido en la

línea de mayor reactividad en la relación con los adultos, empeoramiento sintomatológico, pacientes que están en tratamiento cuando finaliza la recogida de datos de la muestra.

Los demás casos de este apartado muestran mayor madurez y comprensión de la problemática.

En la opinión de los pacientes 20 casos, 10 de cada sexo, no han tenido otras modificaciones apreciables. En 3 casos, 1 varón y 2 mujeres, si ha habido otras modificaciones apreciables, como son la mejora de las relaciones personales, tomarse las cosas de otra manera o pensar más las cosas.

En la opinión de los padres solamente en 1 caso, varón, sí ha habido otras modificaciones apreciables, en lo que se refiere a la mejoría general del paciente en las relaciones personales, familiares, etc., y también lo aprecian sus padres en las relaciones con el entorno y las amistades. En los restantes 20 casos no ha habido otras modificaciones apreciables, según los padres.

6.7.8 COLABORACIÓN EN EL TRATAMIENTO

En este apartado se valora la colaboración habida en el curso del tratamiento psicoterapéutico con las indicaciones llevadas a cabo.

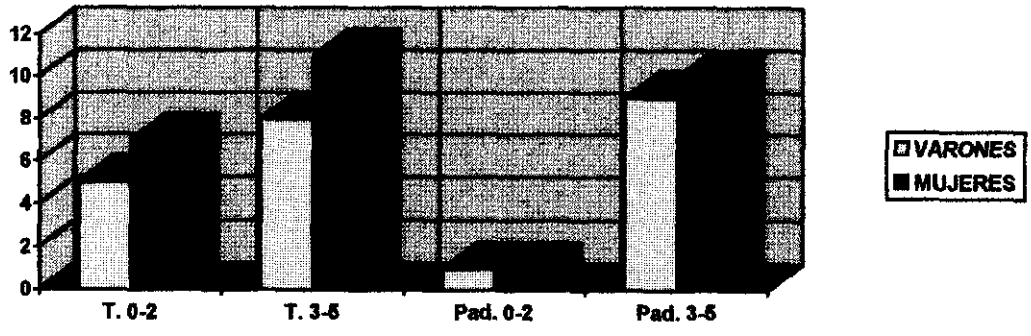
A) PACIENTE

En 12 casos, 5 varones y 7 mujeres, no se aprecia una colaboración positiva en los pacientes con las indicaciones dadas por el terapeuta en el tratamiento. El resto, 19 casos, si tiene esta forma más positiva o empática de mostrarse.

Para los padres en 2 casos, varón y mujer, se valora negativa la colaboración de los pacientes con el tratamiento. En los demás 19 casos si valoran positiva la colaboración de sus hijos.

COLABORACIÓN/PACIENTES				
	TERAPEUTA		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	5	8	1	9
MUJERES	7	11	1	10

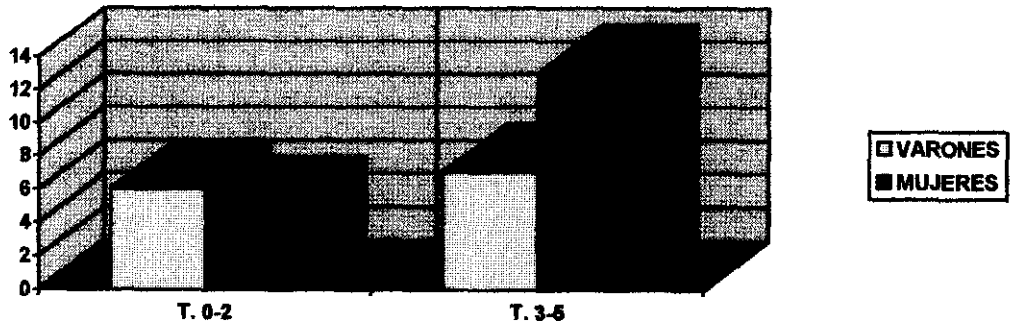
p = 0'04



Es significativa, p = 0'04, la diferencia de opinión entre los terapeutas y los padres en lo que respecta a este punto. Lo sprimeros evalúan de manera más estrecha la colaboración de los pacientes que sus propios padres, que se muestran más flexibles y positivos.

B) PADRES

COLABORACIÓN/PADRES		
	TERAPEUTA	
	0-2	3-5
VARONES	6	7
MUJERES	5	13



En 11 casos, 6 varones y 5 mujeres, no se aprecia una colaboración positiva en los padres con las indicaciones dadas por el terapeuta en el tratamiento. El resto, 20 casos, si adopta una forma más positiva o empática.

En líneas generales se aprecia que, según aumenta la consideración del terapeuta en la colaboración de los pacientes con sus indicaciones, aumentan también las puntuaciones adjudicadas a la colaboración de los padres con sus propias indicaciones.

Lo que bien pudiera significar una contaminación por parte de los terapeutas a esa adjudicación, o bien, una relación adjudicable a los casos en la línea de un estilo familiar en la disponibilidad y acogida que se tiene de las indicaciones profesionales.

6.7.9 EMPATÍA

Se trata en este apartado de valorar los matices de la relación que ha habido entre terapeuta, paciente y padres, así como el clima establecido en esta relación, por la que se ha vehiculizado el intercambio y la comunicación.

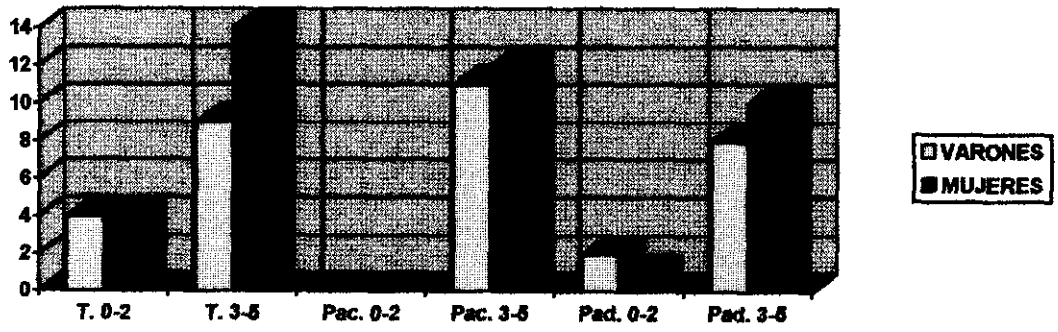
A) PACIENTES-TERAPEUTA

En 8 casos, 4 de cada sexo, no aprecia el terapeuta una actitud en los pacientes que le ayude a percibir que hay una relación empática positiva durante el tratamiento. En el resto, 23 casos, si parece que impresionan de una forma más positiva o empática.

Por parte de los pacientes en todos los casos se aprecia una actitud que ayuda a percibir que hay una relación empática positiva durante el tratamiento entre el terapeuta y el paciente.

Los padres piensan en 3 casos, 2 varones y 1 mujer, que no hay una actitud empática positiva en los pacientes, que ayude a percibir una buena relación durante el tratamiento.

VALORACIÓN DE LA EMPATÍA PACIENTES/TERAPEUTA						
	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	4	9	0	11	2	8
MUJERES	4	14	0	12	1	10



Son los terapeutas los que muestran mayor volumen de casos con los que no perciben una empatía positiva, sin que esté directamente relacionado con un mal proceso de tratamiento, dado que, de los casos que poseen esta característica, se encuentran 3 altas por 03 y 3 por 06, Fin de Tratamiento y Abandono, respectivamente.

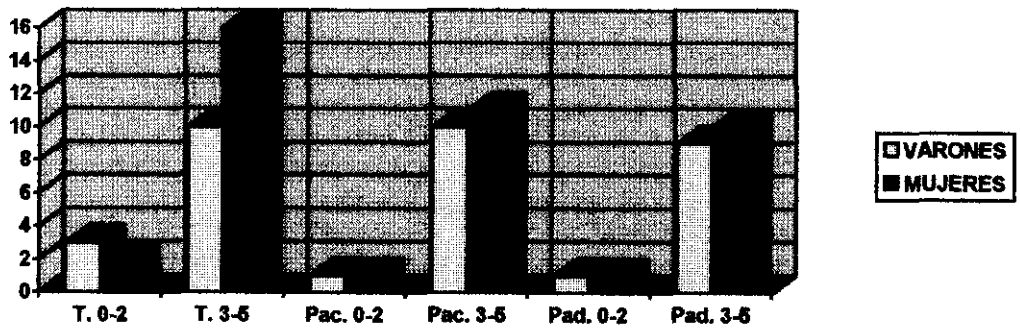
B) PADRES-TERAPEUTA

Para los terapeutas en 5 casos, 3 varones y 2 mujeres, no se aprecia una actitud en los padres que ayude a percibir al terapeuta que hay una relación

empática positiva durante el tratamiento del paciente. En el resto, 26 casos, si parece que impresionan de una forma más positiva o empática.

VALORACIÓN DE LA EMPATÍA PADRES/TERAPEUTA

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	3	10	1	10	1	9
MUJERES	2	16	1	11	1	10



El paciente piensa en 2 casos, uno de cada sexo, que no hay una actitud en los padres que ayude a percibir que hay una relación empática positiva durante el tratamiento entre el terapeuta y los padres.

Por parte de los padres en 2 casos, varón y mujer, no se percibe una relación empática entre los padres y los terapeutas. En los casos restantes sí muestran satisfacción en una relación empática positiva durante el tratamiento entre el terapeuta y los padres.

No parece que se pueda vincular estas opiniones con los resultados obtenidos, al menos directamente.

6.7.10 EVALUACIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL ENCUADRE DE TRATAMIENTO

En este apartado se valoran los elementos del encuadre o contrato terapéutico que enmarca la psicoterapia. El mal cumplimiento de los elementos del encuadre se apareja con mayores problemas para terminar el tratamiento con alta por 03, Fin de Tratamiento, por lo que se considerarían indicadores importantes de proceso.

6.7.10.1 REGULARIDAD DE ASISTENCIA A LA SESIÓN

Ningún criterio se estableció para responder, nada más que se opinión y por tanto su censura, expresión de la interiorización normativa propia.

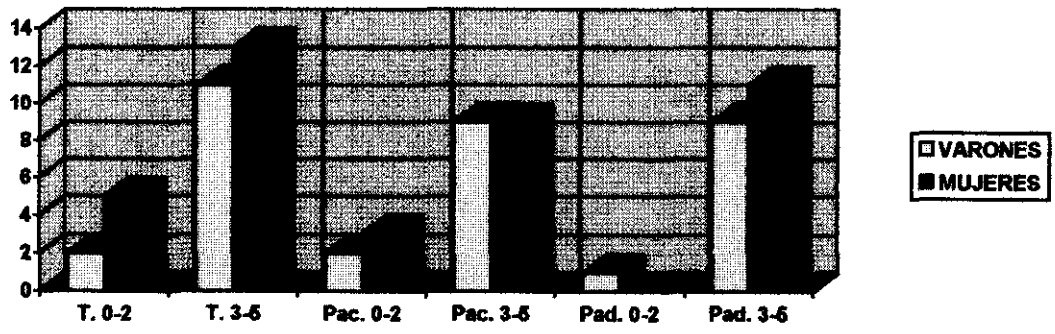
La falta de regularidad en la asistencia se refleja con claridad en los resultados, dado que aumentan significativamente, p = 0'03, la frecuencia de altas por 06, Abandono, en comparación con el resto de la muestra.

A) PACIENTE

En opinión de los terapeutas hay 7 casos, 2 varones y 5 mujeres, que no cumplen los criterios de buena asistencia a las sesiones. El resto de los 24 casos de la muestra si los cumplen.

REGULARIDAD DE LA ASISTENCIA A LA SESIÓN/PACIENTES

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	2	11	2	9	1	9
MUJERES	5	13	3	9	0	11



Coincide con estas apreciaciones que el motivo de alta para 5 de los casos del subgrupo, con 06, Abandono. En cambio todos los pacientes que continúan en tratamiento cuando finaliza el periodo de recogida de datos, están en el grupo restante.

En opinión de los pacientes 5 casos, 2 varones y 3 mujeres, que no cumplen, autocríticamente, los criterios de buena asistencia a las sesiones.

En opinión de los padres todos los casos menos 1, varón, han tenido buena asistencia a las sesiones de seguimiento por su parte.

Podríamos considerar una cierta contaminación de la opinión de los terapeutas, en cuanto a su valoración de la regularidad de asistencia a tratamiento, por el resultado del alta, pero también se puede tener en cuenta que la asistencia irregular es un dato objetivo.

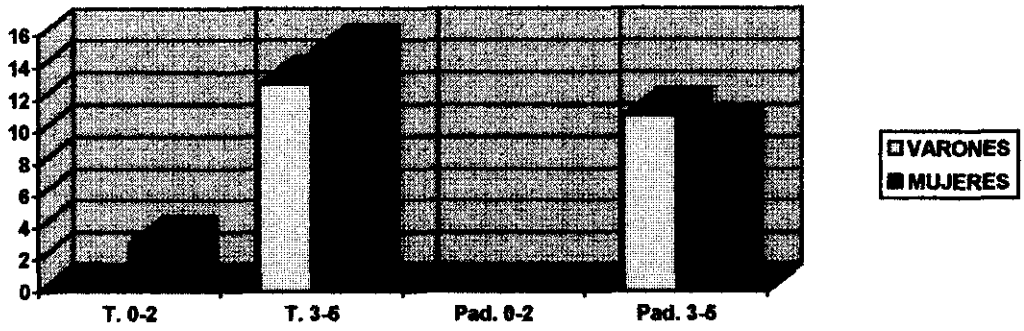
Tal comportamiento supone una alteración en el cumplimiento del encuadre, que correlacionaría con el cuestionamiento de la eficacia del mismo. Cuestiona, además, la estabilidad del vínculo terapéutico y compromete la adherencia al mismo tratamiento y los resultados esperados o deseables.

Además se aprecia una disonancia entre la opinión de los padres y la del resto, que se aleja de los criterios de la realidad, adjudicando una confianza donde no la habría de haber.

B) PADRES

REGULARIDAD DE LA ASISTENCIA A LA SESIÓN/PADRES

	TERAPEUTA		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	0	13	0	11
MUJERES	3	15	0	10



En opinión de los terapeutas hay 3 casos, mujeres, cuyos padres no cumplen los criterios de buena asistencia a las sesiones. El resto de los 28 casos de la muestra si los cumplen.

En opinión de los padres todos ellos han tenido buena asistencia a las sesiones de seguimiento.

6.7.10.2 PUNTUALIDAD DE ASISTENCIA A LA SESIÓN

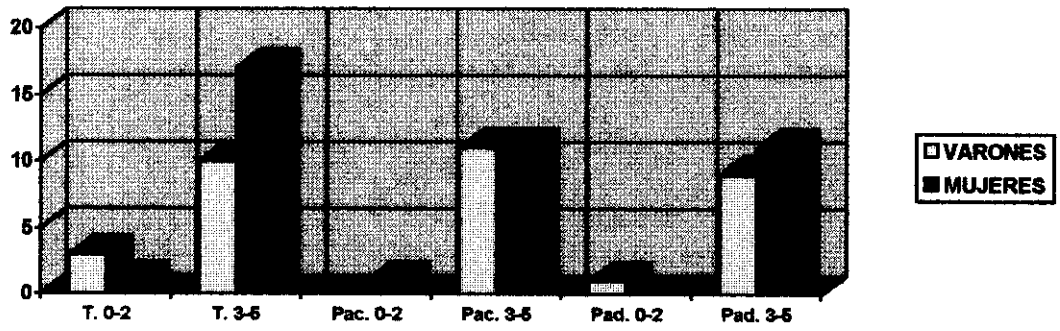
Se valora la puntualidad según los criterios de cada encuestado.

A) PACIENTE

En opinión de los terapeutas hay 4 casos, 3 varones y 1 mujer, que no cumplen los criterios de buena puntualidad a las sesiones. El resto de los 27 casos de la muestra si los cumplen. Esta modalidad de alteración del cumplimiento del encuadre produce 2 altas por 06, Abandono y una por 05, Voluntaria.

PUNTUALIDAD EN LA ASISTENCIA A SESIÓN/PACIENTES

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	3	10	0	11	1	9
MUJERES	1	17	1	11	0	11

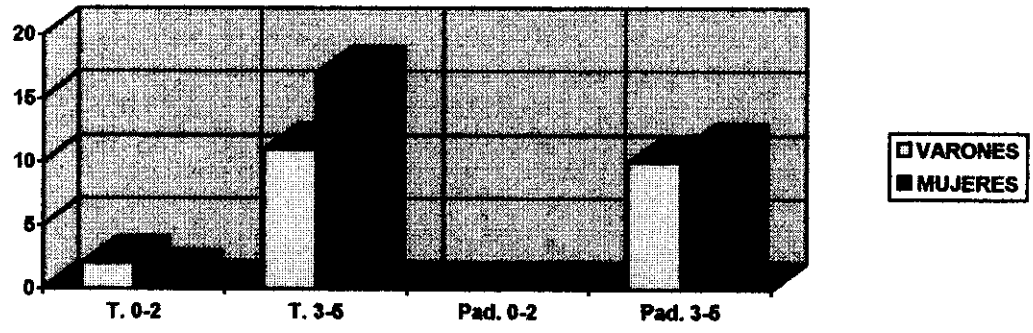


En opinión de los pacientes únicamente hay 1 caso, mujer, que confiesa pensar que no cumple los criterios de buena puntualidad en la asistencia a las sesiones. El resto de los 23 casos de la muestra de pacientes si creen cumplirlos.

Toda la muestra de padres menos 1, varón, considera que la asistencia de sus hijos a sesión ha sido regular y positiva.

B) PADRES

PUNTUALIDAD EN LA ASISTENCIA A SESIÓN/PADRES				
	TERAPEUTA		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	2	11	0	10
MUJERES	1	17	0	11



En opinión del terapeuta hay 3 casos, 2 varones y 1 mujer, cuyos padres no cumplen los criterios de buena puntualidad a las entrevistas de seguimiento. El resto de los 27 casos de la muestra si los cumplen. En 2 de los casos coincide con el mismo tipo de comportamiento de los hijos y con altas de 06, Abandono.

Toda la muestra de padres considera que su asistencia a sesión ha sido regular y positiva.

En 2 casos, mujeres, muestran los pacientes desacuerdo subjetivo con el criterio de la puntualidad en la atención por parte del terapeuta. Los otros 19 casos de la muestra tienen apreciación de buena puntualidad.

La muestra de padres tiene la apreciación de una buena puntualidad. Hay unanimidad en este apartado.

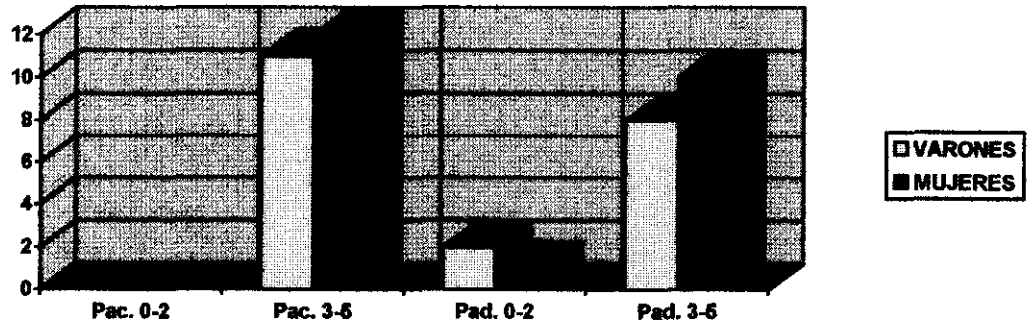
6.7.10.3 VALORACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL TRATAMIENTO

Se trata en este apartado de conseguir la opinión sobre el valor subjetivo que tienen los temas trabajados durante la psicoterapia para cada uno de los pacientes y sus padres.

A) PACIENTE

VALOR DADO A LA INFORMACIÓN/PACIENTES

	PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	0	11	2	8
MUJERES	0	12	1	10



Todos los pacientes de este protocolo valoran positivamente la información recibida del terapeuta, todos tienen puntuaciones superiores a 3 puntos.

Los padres únicamente valoran en poco o nada en 3 casos, 2 varones y 1 mujer, la utilidad de la información recibida por sus hijos en el tratamiento. El resto de la muestra sí la valora como positiva.

En general hay una tendencia en los pacientes a ver positiva la información recibida por los padres en la medida en que para ellos también cumple esa misma función. Si bien los pacientes que no cumplen esta característica son un subgrupo que valora como 4 la recibida por ellos.

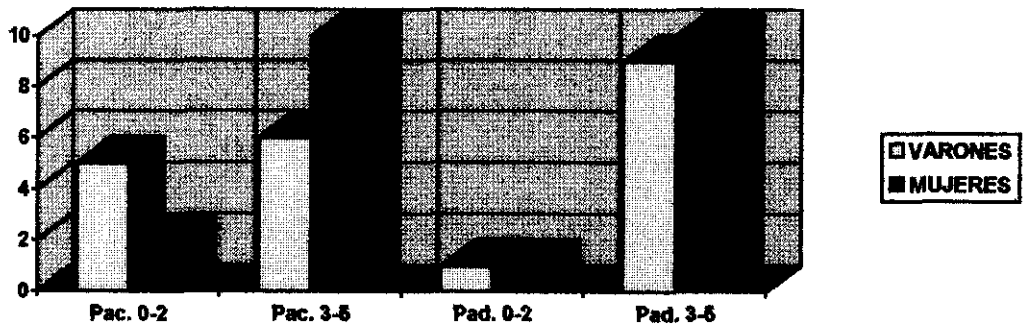
B) PADRES

Los pacientes en 7 casos, 5 varón y 2 mujeres, valoran en poco o nada la información recibida por sus padres en el tratamiento. El resto de la muestra sí la considera positiva.

Todos los padres de este protocolo, excepto en 2 casos de varón y mujer, valoran positivamente la información recibida del terapeuta, todos tienen puntuaciones superiores a 3 puntos.

En general hay una coincidente tendencia en los padres a ver positiva la información recibida por los pacientes, en la medida en que para ellos también cumple esa misma función. En algún caso valoran como positiva la propia, considerando que a su hijo poca utilidad le va ha hacer, bien porque el paciente no modifica sus síntomas o bien porque mantiene una actitud general de desapego y desinterés sobre ello.

VALOR DADO A LA INFORMACIÓN RECIBIDA/PADRES				
	PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	5	6	1	9
MUJERES	2	10	1	10



6.7.10.4 RESERVA DE LA INFORMACIÓN DE LA SESIÓN

Se trata en este apartado de valorar si ha habido una reserva de la información que se trabaja en la psicoterapia, entre padres e hijos y por tanto ha habido una elaboración personal en un espacio íntimo reservado.

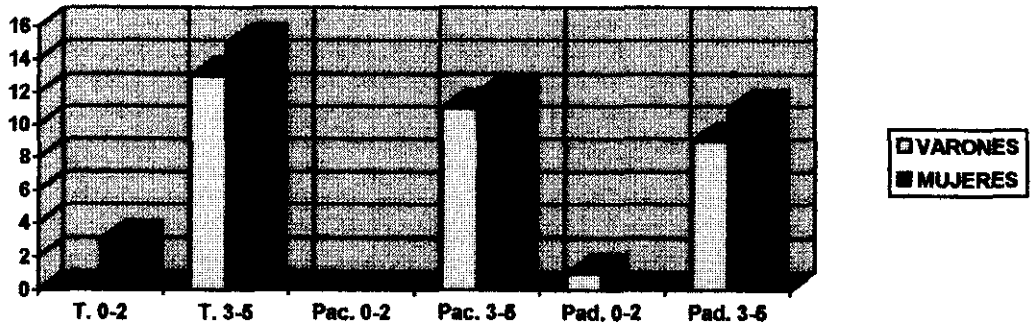
A) PACIENTE

Los terapeutas expresan que en 3 pacientes, mujeres, no se observa reserva sobre la información que se trabaja en las sesiones del tratamiento, comunicándose entre los familiares todo tipo de comentarios. Los tres casos

tienen como motivo de alta 06, Abandono. El resto observa una reserva impecable, independientemente de la edad.

RESERVA DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SESIÓN/PACIENTES

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	0	13	0	11	1	9
MUJERES	3	15	0	12	0	11



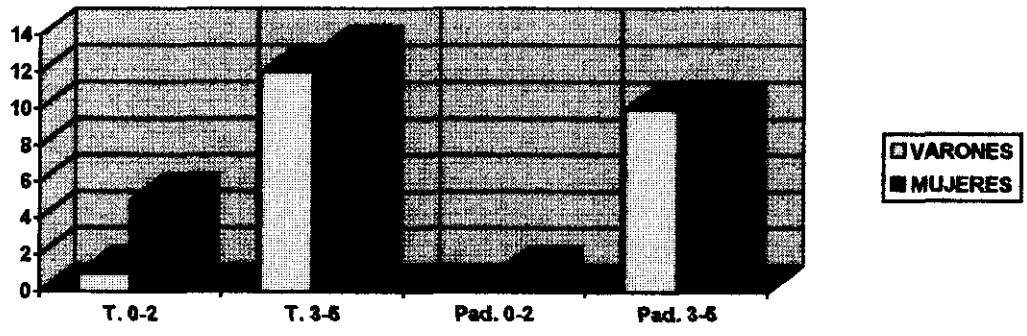
En opinión de los pacientes en todos los casos se da la necesaria reserva sobre la información que se trabaja en las sesiones del tratamiento. Ninguno de los casos tiene la impresión de que haya habido comunicación fuera de sesión con sus padres. No obstante hay una cierta graduación en la puntuación, lo que evidentemente significa que deben de tener alguna conciencia de comunicación de padres a hijos.

En 1 caso, varón, los padres piensan que su hijo no ha tenido la necesaria reserva sobre la información que se trabaja en las sesiones del tratamiento. El resto de los 20 casos, de la muestra de padres, no tiene la impresión de que sus hijos hayan tenido comunicación fuera de la sesión con ellos.

B) PADRES

RESERVA DE LA INFORMACIÓN SOBRE LA SESIÓN/PADRES

	TERAPEUTAS		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	1	12	0	10
MUJERES	5	13	1	10



Según los terapeutas en 6 casos, 1 varón y 5 mujeres, no se observa que los padres tengan reserva sobre la información que se trabaja en las entrevistas de seguimiento del tratamiento, comunicándose entre los familiares todo tipo de comentarios e informaciones. Se finaliza el contacto en 5 de los 6 casos

con 06, Abandono y en el otro caso está en tratamiento cuando se termina el contacto.

Resulta significativo, p = 0'02, la relación de falta de reserva de información y resultado de alta por 06, Abandono, lo que implica que es un indicador de pronóstico de mal resultado.

En 1 caso, mujer, los padres piensan que no han tenido la necesaria reserva sobre la información que se trabaja en las sesiones del tratamiento y aún sigue en tratamiento cuando finaliza el estudio. El resto de los 20 casos, de la muestra de padres, no tiene la impresión de que haya habido comunicación fuera de la sesión con sus hijos.

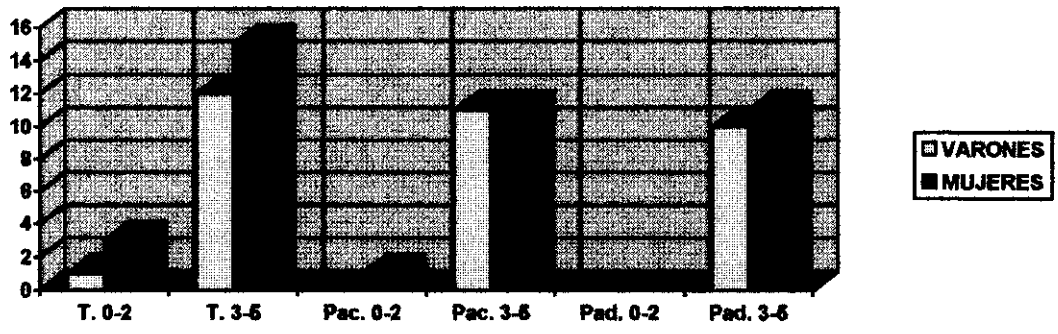
Se convierte el ítem de secreto profesional guardado por los pacientes en opinión de los terapeutas en un indicador de pronóstico de los resultados de cierta importancia.

6.7.10.5 HORARIO DE LA SESIÓN

Se trata en este apartado de valorar la opinión sobre el esfuerzo de agenda dedicado por cada paciente a su proceso de tratamiento, así como por los terapeeutas .

En 4 casos, 1 varón y 3 mujeres, el terapeuta ha puntuado 4 puntos al horario, en el resto de los casos se ha puntuado 5, lo que indicaría que no hay dudas sobre ello.

EVALUACIÓN DEL HORARIO DE LAS SESIONES						
	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	1	12	0	11	0	10
MUJERES	3	15	1	11	0	11



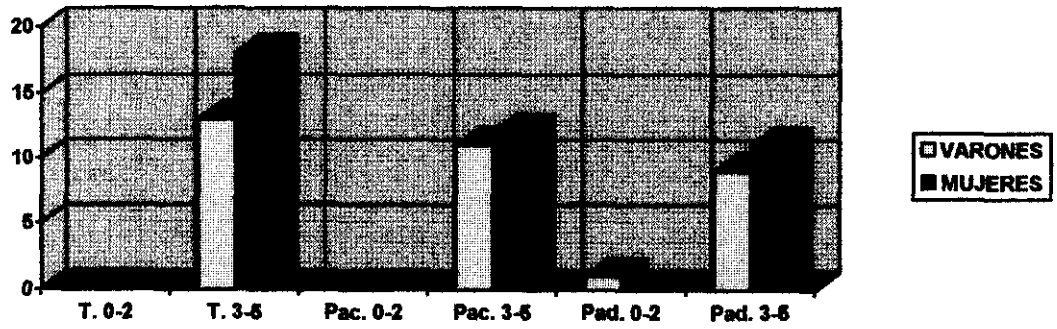
En la opinión de los pacientes en 1 caso, mujer, puntúa con 2 puntos el horario de las sesiones, coincidiendo con el escaso cumplimiento de la asistencia a sesión, ya que es la misma. El resto de la muestra está de acuerdo con los horarios.

Toda la muestra de padres valora correcto el horario de las sesiones de sus hijos.

6.7.10.6 TIPO DE ENCUADRE

Se valora aquí la opinión de los pacientes y los terapeutas sobre la periodicidad de las sesiones de los tratamientos.

EVALUACIÓN SOBRE EL TIPO DE ENCUADRE						
	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	0	13	0	11	1	9
MUJERES	0	18	0	12	0	11



La totalidad de los casos son evaluados por los terapeutas como ajustados completamente a su tipo de encuadre. No se aprecian otras opiniones que las de total aseveración con respecto a los tipos de encuadres que tienen los casos, incluidos los que causan alta por otro motivo que el 03, Fin de Tratamiento.

La totalidad de los pacientes de la muestra consideran ajustado su tipo de encuadre, aunque hay 4 casos de varones que no expresan total entrega a esta opinión, 2 puntúan 3 puntos y otros 2 puntúan 4 puntos.

La totalidad de la muestra de padres evaluados, menos 1 caso de un varón, cuyos padres puntúan con 2 puntos su opinión, consideran ajustado su tipo de encuadre, de forma casi unánime.

6.7.10.7 PERIODICIDAD DE LAS SESIONES

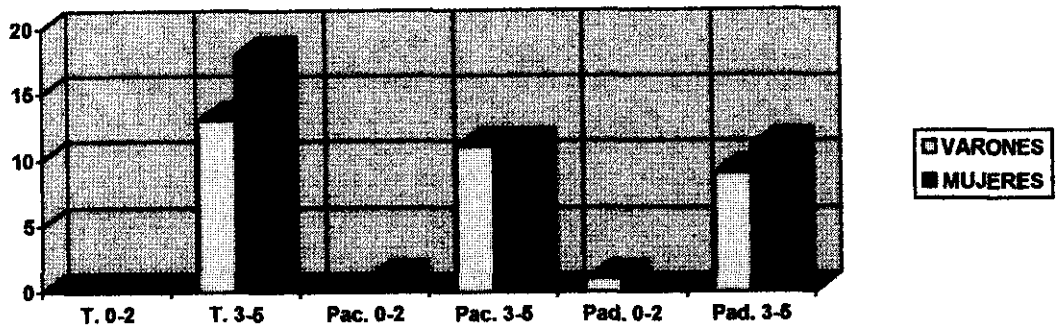
Se valora en este apartado la adecuación de la periodicidad de las sesiones.

En la totalidad de los casos los terapeutas son unánimes en su valoración, como ajustados completamente a su tipo de periodicidad.

Para los pacientes en 1 caso, mujer, no está de acuerdo con la periodicidad de su tratamiento. Si bien el resto de los casos valoran como ajustados su tipo de periodicidad, la muestra no es totalmente unánime en su apreciación, ya que hay 6 casos, 3 varones y 3 mujeres, que puntúan con 3 o 4 puntos su conformidad.

EVALUACIÓN SOBRE LA PERIODICIDAD DE LAS SESIÓNES

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	0	13	0	11	1	9
MUJERES	0	18	1	11	0	11



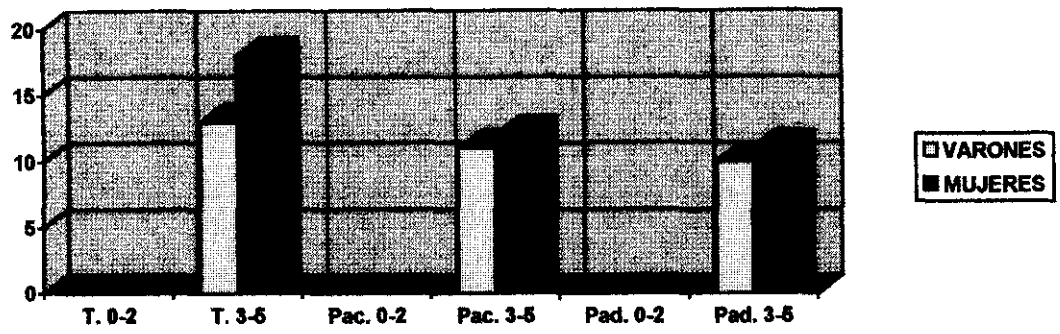
En 1 caso, varón, los padres no están de acuerdo con la periodicidad de su tratamiento. Si bien el resto de los casos valoran como ajustados su tipo de periodicidad. En este ítem la muestra de padres es casi totalmente unánime en su apreciación.

6.7.10.8 DURACIÓN DE LA SESIÓN

En este apartado se valora la consideración personal o profesional que se tiene de la adecuación o no de la duración de cada tipo de sesión o entrevista, si son ajustados los tiempos para los objetivos a trabajar.

EVALUACIÓN DE LA DURACIÓN DE LA SESIÓN

	TERAPEUTAS		PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	0	13	0	11	0	10
MUJERES	0	18	0	12	0	11



La totalidad de los casos son evaluados por los terapeutas sin mostrarse dudas sobre lo ajustado y apropiado de los tiempos de duración de las sesiones.

En el caso de los pacientes la totalidad de los casos valoran apropiados los tiempos de duración de las sesiones, si bien hay 5 casos, 2 de varones y 3 de mujeres, que rompen el criterio de unanimidad, puntuando con 3 y 4 puntos respectivamente al contenido de este ítem.

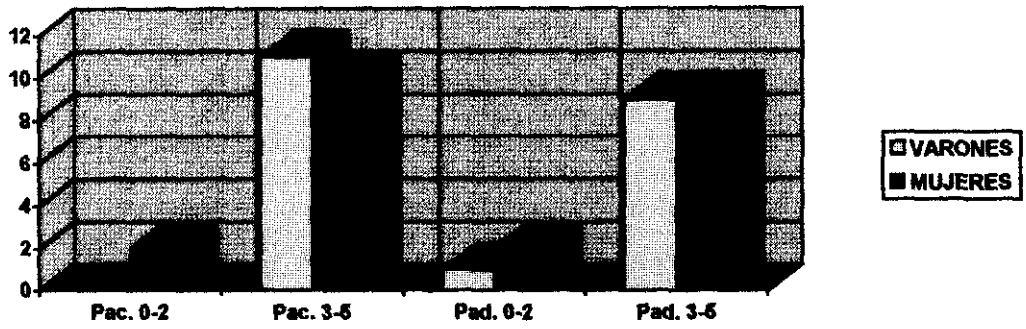
En la totalidad de los casos los padres valoran apropiados los tiempos de duración de las sesiones, si bien hay 3 casos, 1 varón y 2 mujeres, que rompen el criterio de unanimidad, puntuando con 3 y 4 puntos al contenido de este ítem.

6.7.10.9 VALORACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO

Se valora en este apartado la impresión sobre el espacio físico donde se atiende a los pacientes y sus padres, su adecuación o no, uno de los indicadores de calidad asistencial.

VALORACIÓN DEL ESPACIO FÍSICO DONDE SE LES ATIENDE

	PACIENTES		PADRES	
	0-2	3-5	0-2	3-5
VARONES	0	11	1	9
MUJERES	2	10	2	9



Para los pacientes en 2 casos, mujeres, se valora el espacio físico como inaceptable, el resto de la muestra valora gradualmente, hasta la aceptación total, las condiciones físicas en las que se desarrolla la tarea terapéutica.

Los padres valoran el espacio físico como inaceptable en 3 casos, 1 varón y 2 mujeres. El resto de la muestra de padres valora gradualmente, hasta la aceptación total, las condiciones del espacio físico en las que se desarrolla la tarea terapéutica.

6.8 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL SEGUIMIENTO SEMESTRAL

A los seis meses de la finalización del tratamiento, o de la interrupción del contacto, se procede a solicitar una entrevista, bien telefónica o directa, en la que un observador imparcial administra un protocolo que evalúa la situación del caso, con respecto al motivo de consulta que provocó la primera demanda o con respecto a la situación en la que se finalizó el contacto con salud mental.

El protocolo referido tiene dos formas, según sea para los pacientes o para los padres. Ambas se pasan siempre a todos los casos con los que se toma contacto, menos a los que desertaron, o sea, que no acudieron a la primera cita, lo cual también se consigna con alta por 06, Abandono. Adjudicamos la ausencia a fallo del proveedor en Asistencia Primaria que, en este caso, es el servicio derivante.

A) INFORMES DE EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS, EMITIDOS A LOS SEIS MESES DE FINALIZAR LOS MISMOS POR LOS PACIENTES

Hay un total de 44 casos, 19 son varones y 25 son mujeres, que completan el Protocolo de Evaluación Semestral. Las entrevistas son siempre individuales con los pacientes. En 4 ocasiones se han realizado las entrevistas directamente en el Servicio Salud Mental.

Se han incorporado 19 casos, 8 son varones y 11 son mujeres, que no consiguieron completar el proceso de evaluación o tratamiento porque abandonaron, que solicitaron un estudio y orientación o que fueron derivados tras el estudio.

Hay 1 caso, mujer, en el que la madre niega al observador imparcial la posibilidad de pasar a su hija el cuestionario justificándolo por la alta sensibilidad de su hija, que podría verse afectada.

B) INFORMES DE EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS TRATAMIENTOS, EMITIDOS A LOS SEIS MESES DE FINALIZAR LOS MISMOS POR LOS PADRES

Hay un total de 43 casos, 18 son varones y 25 son mujeres, que completan el Protocolo de Evaluación Semestral a Padres. En 4 casos se les administra el protocolo en el centro, en 1 de los cuales acuden los dos padres a la entrevista. Al resto se les pasa el protocolo en una entrevista telefónica, que responden la madres en todas las ocasiones menos en dos, que lo hacen los padres.

En 1 caso, mujer adolescente, no se pasa el cuestionario de padres porque la paciente no lo quiere y sus padres nunca fueron contactados tampoco a lo largo del tratamiento.

6.8.1 APRECIO DE LAS MODIFICACIONES

Tratamos de investigar en este apartado si valoran que hay modificaciones en los pacientes a consecuencia del tratamiento habido.

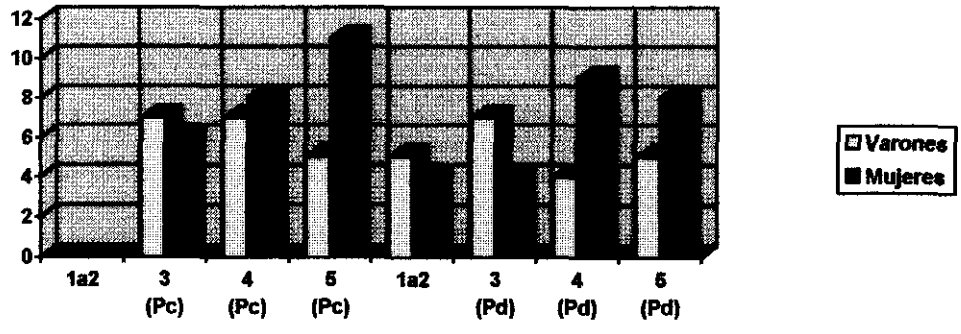
Todos los pacientes se sitúan a sí mismos en puntuaciones por encima de la media, lo que significa que muestran una rotunda impresión de mejoría de sus síntomas, con respecto al motivo de consulta.

En 13 casos consideran su situación actual con 3 puntos, 6 son mujeres y 7 son varones. Otros 15 casos la califican con 4 puntos, 7 son varones y 8 son mujeres. 16 casos más la califican con 5 puntos, de los que 5 son varones y 11 son mujeres.

APRECIO DE LAS MODIFICACIONES

	1 a2	3 (Pc)	4 (Pc)	5 (Pc)	1 a2	3 (Pd)	4 (Pd)	5 (Pd)
VARONES	0	7	7	5	5	7	4	5
MUJERES	0	6	8	11	4	4	9	8

p = 0'0004



En cuanto a los padres de estos pacientes, 9 casos consideran que la situación actual de sus hijos está empeorada con respecto al último contacto que mantuvieron con el Servicio de Salud Mental, 5 son varones y 4 son

mujeres. 1 caso, varón que sigue en contacto con el terapeuta, está incluso mucho peor que antes, en el momento de la evaluación.

El resto de la muestra de padres se acerca a la opinión de los hijos. En 7 casos califican con 3 puntos la situación actual de los síntomas de los hijos, son 3 varones y 4 mujeres. A otros 13 casos se les califica con 4 puntos, de los que 4 son varones y 9 son mujeres. En 13 casos se les califica con 5 puntos, de los que 5 son varones y 8 son mujeres.

El desacuerdo significativo de ambos subgrupos, p = 0'0004 (test exacto de Fisher), es importante de señalar y discutir, puesto que aquí se expone, a nuestro juicio, no sólo la disparidad de criterios de los pacientes con los padres e incluso con los especialistas de la Salud Mental, sino la percepción propia de su salud que tienen los pacientes.

En una primera adjudicación ello puede ser debido a estar situados en diferente espacio subjetivo cada uno de los miembros del núcleo familiar, lo cual puede hacerles percibir la interacción desde dos espacios distintos y por tanto percibir los síntomas, o la salud del otro, de manera diferente.

Igualmente podría adjudicarse que los pacientes, por su juventud, no sean tan conscientes de los sufrimientos que viven o acarrean en la interacción, este último bien podría ser considerado el caso de aquellos que son de diagnóstico externalizado. Bien que no distingan las cualidades de la salud, por estar habituados al malestar, habiendo vivido en ello durante cierto tiempo hasta que se les ha dado la salida de consultar. Han podido crecer en la percepción de sus síntomas, caso de los de diagnóstico internalizado, lo que les haría ser menos sensibles a ciertas metas de salud, que otras personas considerarían

necesarias o imprescindibles, para considerarse a si mismos en el terreno de la salud.

6.8.2 ÁMBITO DEL APRECIO DE LAS MODIFICACIONES

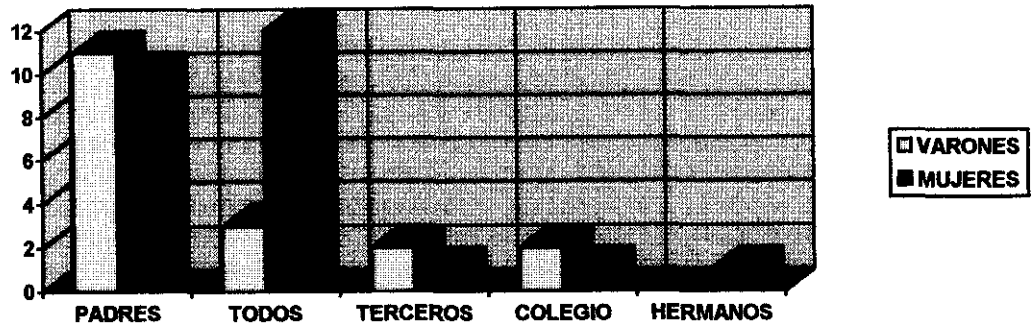
Nos interesamos por indagar el ámbito en el que se reflejan las modificaciones habidas como consecuencia del tratamiento, así como quién o quienes aprecian estas modificaciones en el entorno relativamente próximo de los pacientes.

A) PRIMER ÁMBITO

En 21 casos los pacientes creen que el aprecio del cambio se produce, en primer lugar, por los padres, 11 son varones y 10 son mujeres. En 15 casos se aprecia el cambio por todos los ámbitos, en primer lugar, 3 varones y 12 mujeres, lo que las sitúa como convencidas consensuadoras, con sus padres, de sus evoluciones.

PRIMER ÁMBITO DE APRECIO/OPINIÓN PACIENTES

	PADRES	TODOS	TERCEROS	COLEGIO	HERMANOS
VARONES	11	3	2	2	0
MUJERES	10	12	1	1	1

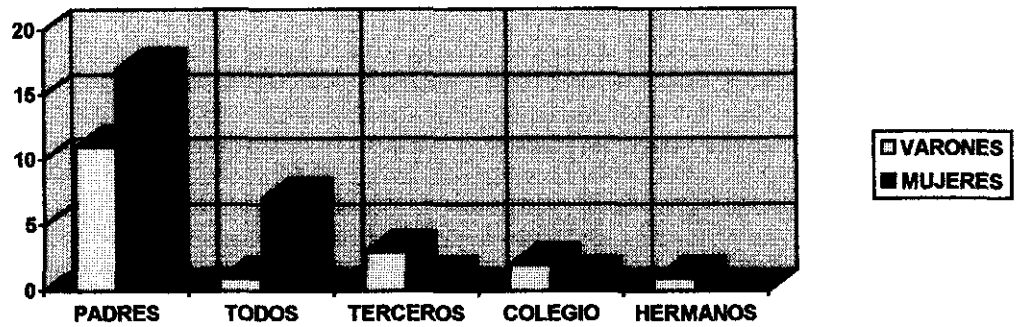


En 3 casos, 2 varones y 1 mujer, el ámbito de aprecio son las terceras personas. En otros 3 casos, también 2 varones y 1 mujer, el primer ámbito de aprecio de su situación actual de salud mental es el colegio. En otro caso, 1 mujer, se aprecia en primer lugar en el ámbito de las relaciones con los hermanos.

En 27 casos los padres creen que el aprecio de la situación actual se produce, en primer lugar, por ellos, 11 son varones y 17 son mujeres. En 8 casos se aprecia su estado en todos los ámbitos, en primer lugar, 1 varón y 7 mujeres. En otros 4 casos, también 3 varones y 1 mujer, el primer ámbito de aprecio de su situación actual de salud mental es el colegio. En 3 casos, 2 varones y 1 mujer, el ámbito de aprecio son las terceras personas. En 1 caso, varón, se aprecia en primer lugar en el ámbito de las relaciones con los hermanos.

PRIMER ÁMBITO DE APRECIO/OPINIÓN PADRES

	PADRES	TODOS	TERCEROS	COLEGIO	HERMANOS
VARONES	11	1	3	2	1
MUJERES	17	7	1	1	0

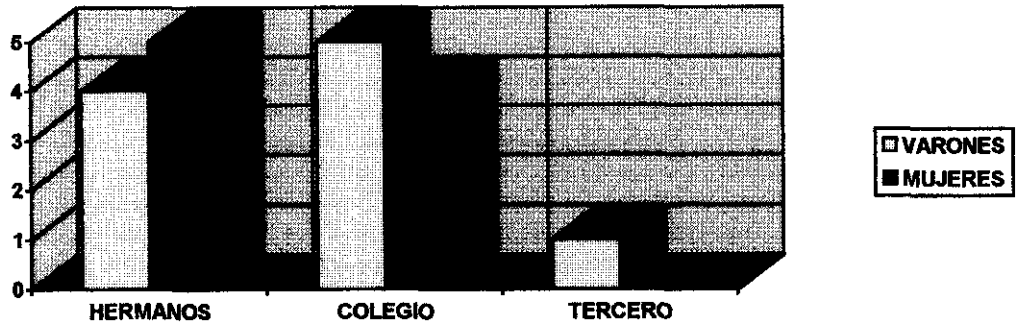


Ambos sectores están de acuerdo en la graduación de los ámbitos, si bien los padres tienen mayor tendencia a situarse como campo de reflejo de los problemas de los hijos. las madres muestran una identificación mayor con sus hijas de los que estas tienen con ellas y por ende se produce el desacuerdo mayor entre las mujeres. No perciben las madres y las hijas de la misma manera el impacto de la problemática de consulta. También es cierto que son los padres los observadores centrales y más importantes, sin su participación y sensibilidad no habrían accedido los pacientes a consulta.

B) SEGUNDO ÁMBITO

SEGUNDO ÁMBITO DE APRECIO/OPINIÓN PACIENTES

	HERMANOS	COLEGIO	TERCERO
VARONES	4	5	1
MUJERES	5	4	0

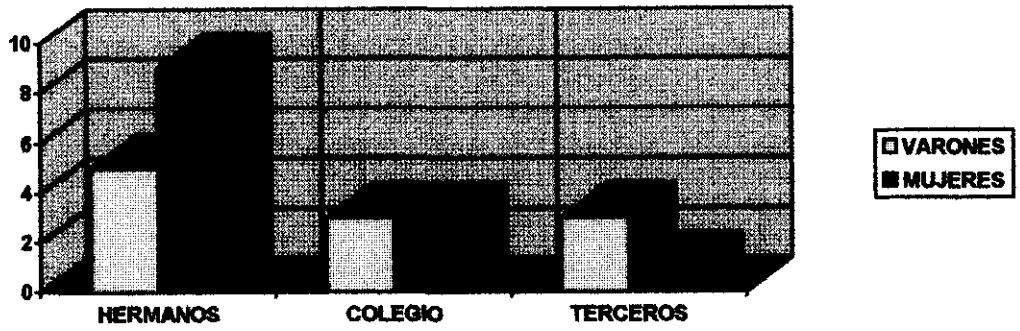


En 9 casos, 4 varones y 5 mujeres, se produce en segundo lugar el aprecio de su estado actual de salud mental en los hermanos. Del mismo modo en 9 casos también, 5 varones y 4 mujeres, en su opinión se refleja en el colegio. En tercer lugar se encuentra 1 caso, varón, que el cambio considera que se aprecia por terceras personas.

En 14 casos, 5 varones y 9 mujeres, los padres valoran en segundo lugar el aprecio, de su estado actual de salud mental, en los hermanos. Del mismo modo en 6 casos también, 3 de cada sexo, en su opinión se refleja en el colegio. En tercer lugar se encuentran 4 casos, 3 varones y 1 mujer, en los que se considera que se aprecia por terceras personas.

SEGUNDO ÁMBITO DE APRECIO/OPINIÓN PADRES

	HERMANOS	COLEGIO	TERCEROS
VARONES	5	3	3
MUJERES	9	3	1



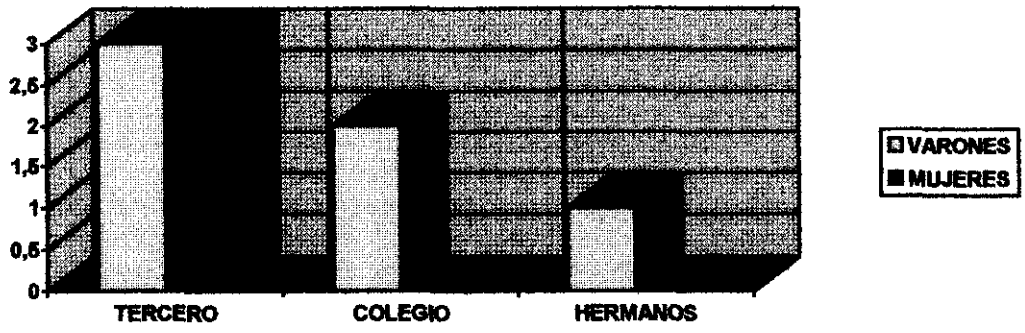
Las diferencias en las percepciones continúan en la misma tónica que vamos describiendo. Destaca también que los varones tienen mayor conciencia de la interacción con el medio social externo a la familia y es allí donde destacan mayor nivel que las mujeres de reflejo de su mejoría.

C) TERCER ÁMBITO

En 6 casos, 3 varón y 3 mujeres, se aprecia el cambio por terceras personas, como tercer ámbito. En 2 casos, varones, es en el colegio en donde se aprecia y en 1 caso, varón también, es en el ámbito de los hermanos.

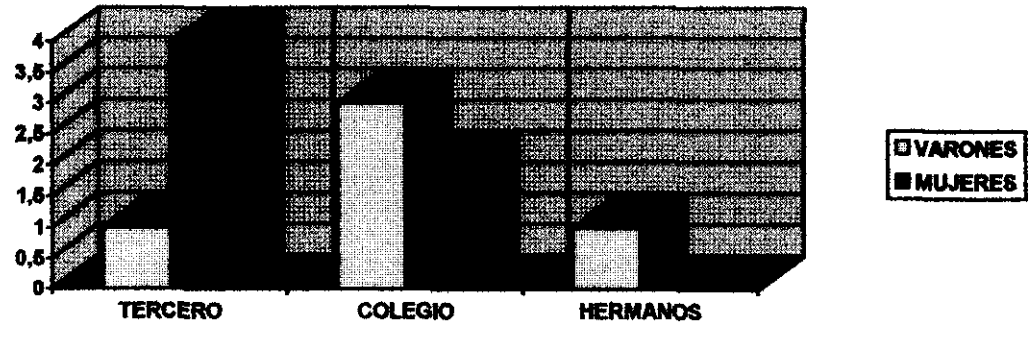
TERCER ÁMBITO DE APRECIO/OPINIÓN PACIENTES

	TERCERO	COLEGIO	HERMANOS
VARONES	3	2	1
MUJERES	3	0	0



En 5 casos, 1 varón y 4 mujeres, los padres aprecian el cambio en la relación con terceras personas, como tercer ámbito. Igualmente en otros 5 casos, 3 varones y 2 mujeres, es en el colegio en donde se aprecia. En 1 caso, varón, es en el ámbito de los hermanos.

TERCER ÁMBITO DE APRECIO/OPINIÓN PADRES			
	TERCERO	COLEGIO	HERMANOS
VARONES	1	3	1
MUJERES	4	2	0



El análisis subraya los criterios expuestos anteriormente.

6.8.3 MODIFICACIÓN DE LAS RELACIONES

El área de la modificación de las relaciones habla de las variaciones observables por el paciente o sus padres en las relaciones con los familiares, terceras personas u otros ámbitos, seis meses después de haber acabado el contacto con Salud Mental.

La puntuación 1 hace referencia a la no existencia de cambios apreciables, consideramos que la puntuación 3 se puede referir ya a un cambio de cierta relevancia.

A) CON LOS PADRES

Del total de la muestra hay 20 casos, 7 varones y 13 mujeres, que están en puntuación por debajo del 3, lo que deja otros 24 casos por encima de la puntuación media. Esa puntuación es el indicador de algún cambio de mejora apreciada por el paciente, en sus relaciones con los padres, a los seis meses de finalizar el contacto.

En el subgrupo de padres, del total de la muestra hay 1 caso, varón, del cual sus padres relatan que está mucho peor y que, de hecho, continúa en tratamiento cuando finaliza el estudio.

Hay otros 22 casos, 8 varones y 14 mujeres, que están en puntuación por debajo del 3. Otros 20 casos están situados por encima de la puntuación

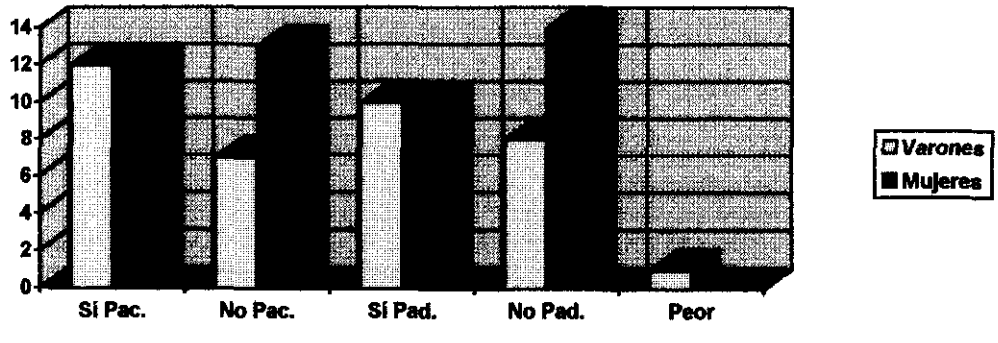
media de algún cambio de mejora apreciada por los padres, en sus relaciones con los hijos, a los seis meses de finalizar el contacto.

El mayor contraste se puede situar en la opinión vertida por el caso referido, en el que se ve la disparidad de criterios que hace que los padres muestren un estado de gravedad importante en las conductas del hijo y en cambio él aprecie que las cosas van mejorando aceptablemente.

En este apartado, de la evaluación general de las relaciones, se ve claramente reflejada la particular valoración que denota el estilo familiar de funcionamiento de cada caso.

MODIFICACIÓN DE LAS RELACIONES CON LOS PADRES

	SÍ PAC.	NO PAC.	SÍ PAD.	NO PAD.	PEOR
VARONES	12	7	10	8	1
MUJERES	12	13	10	14	0



B) CON LOS HERMANOS

Hay 3 casos, 1 varón y 2 mujeres, que no pueden reflejar datos en este ítem por no tener hermanos/as.

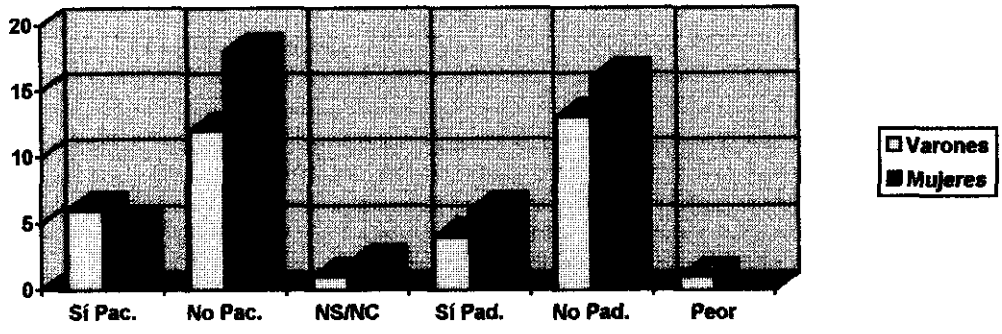
Del total de la muestra hay 30 casos, 12 varones y 18 mujeres, que están en la puntuación 1 y 2 casos más, varones, que se encuentran en la puntuación 2. Valores que indican que solamente hay 11 casos por encima de la puntuación media, indicador de apreciación substancial de las relaciones del paciente con los hermanos.

En 1 caso, varón, los padres reflejan su dificultad para mantener la convivencia con el hermano. Del resto de la muestra hay 27 casos, 12 varones y 15 mujeres, que están en la puntuación 1 y hay también 2 casos más, varón y mujer, que se encuentran en la puntuación 2. Hay 10 casos por encima de la puntuación media, indicador de apreciación substancial de las buenas relaciones del paciente con los hermanos.

Es interesante hacer ver que prácticamente dos tercios de los pacientes de la muestra tiene la impresión de que no han cambiado las relaciones con los hermanos. Muestran por tanto que las relaciones con los hermanos están sometidas a una gran percepción de estabilidad.

Es igualmente interesante subrayar que en el subgrupo de padres solamente un cuarto de ellos tiene la impresión de que han cambiado sus hijos en las relaciones con los hermanos, con lo que se desprende la idea de que las perciben todavía más estables que los propios pacientes.

MODIFICACIONES DE LAS RELACIONES CON LOS HERMANOS						
	SÍ PAC.	NO PAC.	NS/NC	SÍ PAD.	NO PAD.	PEOR
VARONES	6	12	1	4	13	1
MUJERES	5	18	2	6	16	0



Se aprecia una tendencia de los padres, p = 0'09, a valorar en el seguimiento un empeoramiento en la relación de los pacientes con sus hermanos.

C) CON LAS AMISTADES

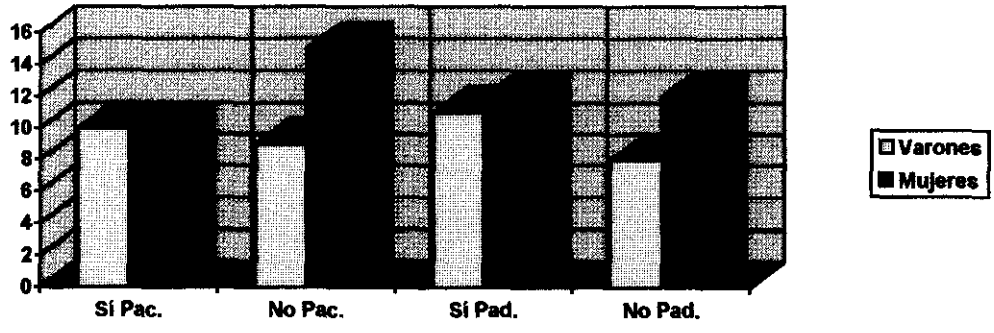
Del total de la muestra hay 21 casos, 7 varones y 14 mujeres, que están en la puntuación 1. Hay otros 3 casos, 2 varones y 1 mujer, que puntúan con 2. Más de la mitad se sitúa por debajo del 3. Indicador de estabilidad substancial, claramente apreciable, de las relaciones del paciente con las amistades, su segundo ámbito social más apropiado. Por el contrario hay 20 casos por

encima de la puntuación media que han considerado apreciaciones positivas de las relaciones.

Del total de la muestra de padres hay 20 casos, 8 varones y 12 mujeres, que están en las puntuaciones más bajas. Más de la mitad, 23 casos, se sitúa por encima del 3. Indicador de apreciación positiva por los padres, de las relaciones del paciente con sus amistades, su segundo ámbito social más apropiado.

MODIFICACIONES CON LAS AMISTADES

	SÍ PAC.	NO PAC.	SÍ PAD.	NO PAD.
VARONES	10	9	11	8
MUJERES	10	15	12	12



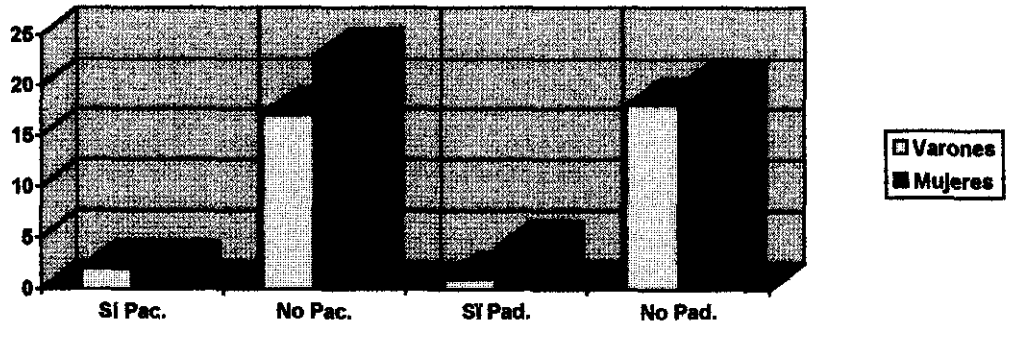
D) CON TERCEROS

Del total de la muestra hay 40 casos, 17 varones y 23 mujeres, que están en la puntuación 1, lo que indica que hay sólo 4 casos por encima de la puntuación media. Podemos consignar casi unánimemente que las relaciones del paciente con terceras personas no han sufrido cambios, que este no ha percibido o necesitado ejercer cambios.

Del total de la muestra de padres hay 38 casos, 18 varones y 20 mujeres, que están en las puntuaciones bajas, lo que indica que hay sólo 5 casos por encima de la puntuación media.

MODIFICACIONES DE LAS RELACIONES CON TERCEROS

	SÍ PAC.	NO PAC.	SÍ PAD.	NO PAD.
VARONES	2	17	1	18
MUJERES	2	23	4	20

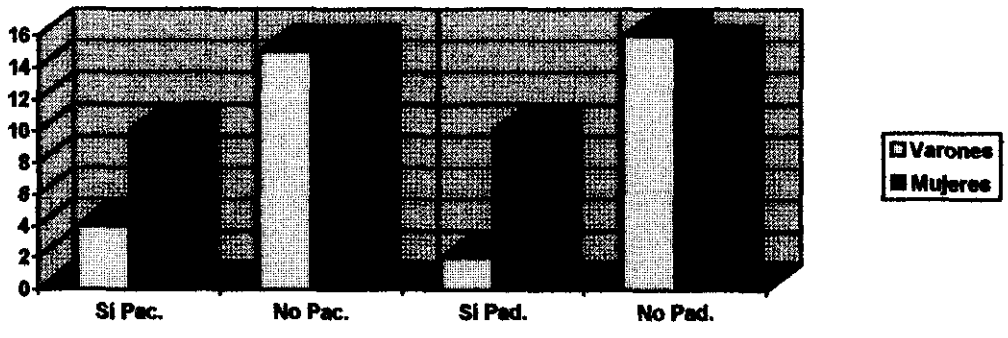


En términos generales hay una coincidencia de criterios entre padres e hijos, a juzgar por las cifras, pero en los casos en que vemos que opinan diferente y no coinciden con la opinión mayoritaria, también es cierto que no coinciden en absoluto entre ellos.

6.8.4 CAMBIOS EN LOS CENTROS DE INTERÉS

Nos proponemos en este apartado indagar sobre los posibles cambios que han tenido lugar en los centros de interés de los pacientes desde la finalización de los tratamientos.

CAMBIOS EN LOS CENTROS DE INTERÉS				
	SÍ PAC.	NO PAC.	SÍ PAD.	NO PAD.
VARONES	4	15	2	16
MUJERES	10	15	10	15



No aprecian cambios en sus centros de interés habituales los pacientes en 30 casos, 15 varones y 15 mujeres, de manera contundente, con puntuación 1. Los 14 casos restantes si aprecian cambios en sus centros de interés.

Los padres de la muestra no aprecian cambios en los centros de interés habituales de los pacientes en 31 casos, 16 varones y 15 mujeres. Los 12 casos restantes si muestran cambios en los centros de interés.

Destaca, en general, en las apreciaciones de los pacientes y de los padres el aumento del interés por tener más amigos, por salir con otros iguales, hacer deporte, mejorar en los estudios o en el trabajo y definir mejor sus gustos.

6.8.5 ÁREA ESCOLAR

Queremos investigar en este apartado las modificaciones apreciables en el rendimiento escolar de los pacientes, tanto por ellos mismos como por los padres y si se percibe en el centro escolar los rasgos sintomáticos de los pacientes.

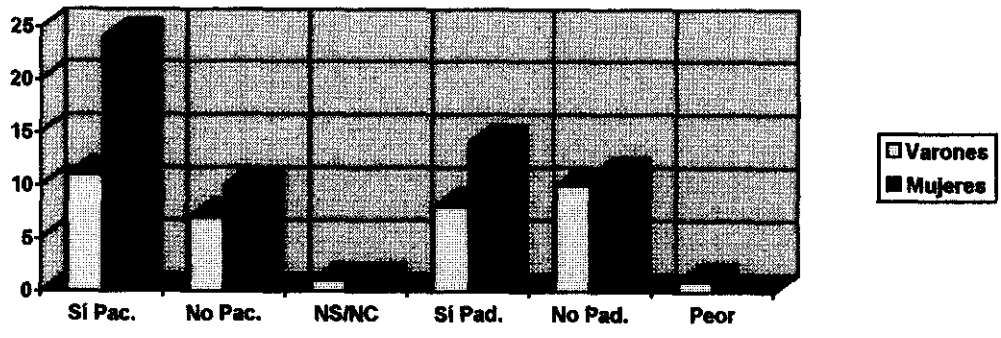
A) MODIFICACIONES DEL RENDIMIENTO

En 17 casos, 7 varones y 10 mujeres, los pacientes consideran que no ha habido ninguna modificación apreciable en su rendimiento escolar, puntuando con 1 punto. Hay 2 casos que no evalúan este ítem porque han dejado de estudiar al terminar el periodo obligatorio. En los 25 casos restantes si han observado cambios positivos en su rendimiento.

En el subgrupo de muestra de padres nos encontramos con 1 caso, varón, que ha tenido un claro empeoramiento del rendimiento académico, que culminó en expulsión, de lo cual el paciente mismo no da noticia al evaluador. En 21 casos, 10 varones y 11 mujeres, los padres consideran que no ha habido ninguna modificación apreciable en los pacientes en su rendimiento escolar. En los 21 casos restantes si han observado cambios positivos en su rendimiento.

MODIFICACIONES DEL RENDIMIENTO

	SÍ PAC.	NO PAC.	NS/NC	SÍ PAD.	NO PAD.	PEOR
VARONES	11	7	1	8	10	1
MUJERES	24	10	1	14	11	0



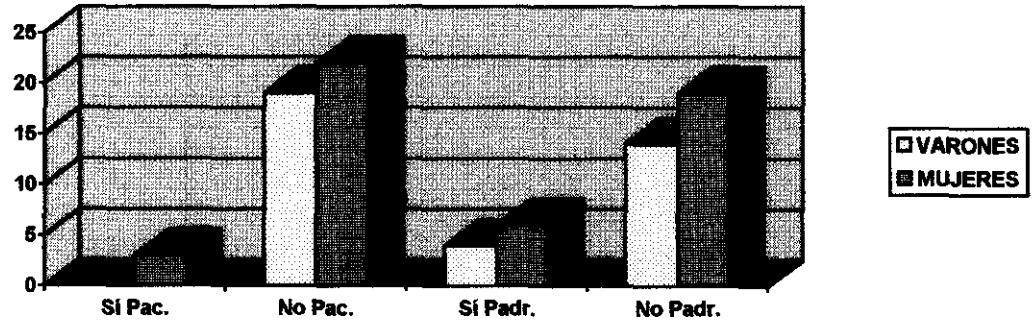
B) PERCEPCIÓN EN EL CENTRO ESCOLAR

Exclusivamente en 3 casos, mujeres, hay impresión de que se perciben actualmente, en el ámbito escolar, síntomas del paciente. En los 41 casos restantes no hay tal apreciación, en opinión de los pacientes.

En 33 casos, 14 varones y 19 mujeres, parece que los padres tienen la idea de que tampoco se aprecian actualmente signos sintomatológicos de sus hijos en el centro escolar. Los restantes 10 casos si lo piensan, muchos de ellos porque han ido al centro escolar a contarlo o a cambiar impresiones con los profesores.

PERCEPCIÓN EN EL CENTRO ESCOLAR				
	SÍ PAC.	NO PAC.	SI PAD.	NO PAD.
VARONES	0	19	4	14
MUJERES	3	22	6	19

P = 0'06

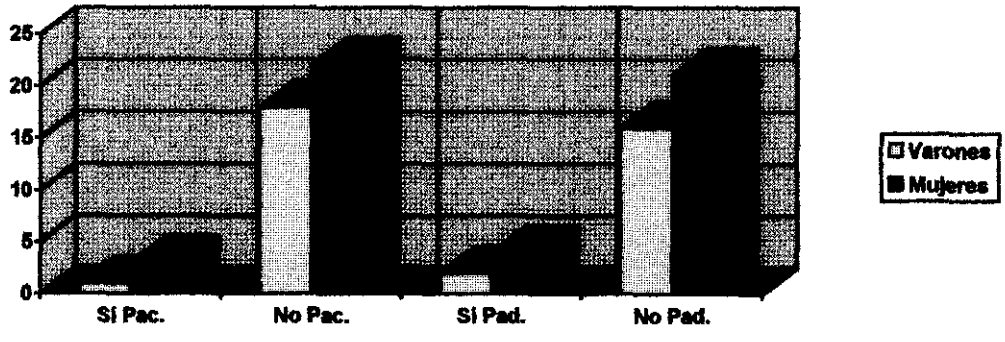


Los padres tienen una tendencia próxima a la significación, p = 0'06, encontraste con sus hijos, a pensar que se aprecian los problemas en el colegio. No obstante el hecho de que la diferencia de opinión, en el caso de los padres, pueda estar contrastada con los profesores hace depositar la confianza de la certeza de la opinión en manos de los padres.

6.8.6 OTRAS MODIFICACIONES APRECIABLES

OTRAS MODIFICACIONES APRECIABLES

	SÍ PAC.	NO PAC.	SÍ PAD.	NO PAD.
VARONES	1	18	2	16
MUJERES	3	22	4	21



Se trata en este apartado de saber si hay otro tipo de modificaciones que, en opinión de los padres y de los pacientes tengan su origen en el tratamiento.

En 40 casos, 18 varones y 22 mujeres, no ha habido otras modificaciones apreciables. En 4 casos, 1 varón y 3 mujeres, si ha habido otras modificaciones apreciables.

En opinión de los padres sí ha habido otras modificaciones apreciables en 6 casos, 2 varones y 4 mujeres. En 37 casos, 16 varones y 21 mujeres, tampoco ha habido otras modificaciones apreciables.

Las modificaciones hacen referencia a aspectos de lo más diverso y amplio, que pasan por: hacerse más mayor, estar más distraida, estar más formalito, etc.

6.8.7 VALOR ACTUAL DADO POR EL PACIENTE A LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL TRATAMIENTO

En este apartado se trata de indagar la opinión que mantienen los pacientes sobre la importancia de lo trabajado en los tratamientos, tanto para ellos como para sus padres, una vez que ha pasado ya un cierto tiempo.

A) PADRES

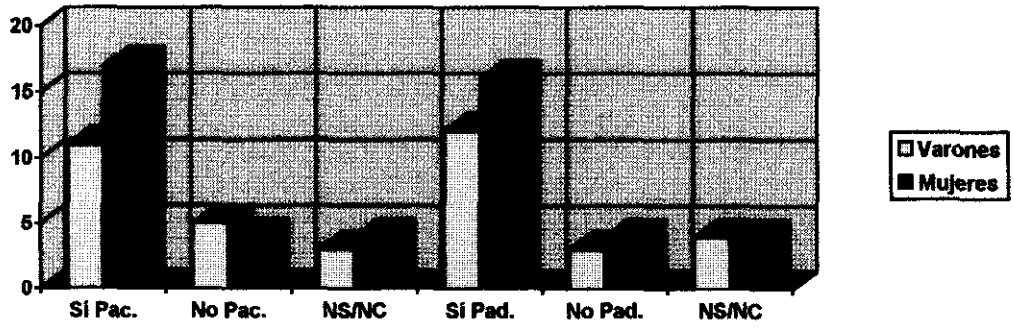
En 15 casos, 7 varones y 8 mujeres, se valora en poco o nada la información recibida por sus padres en el tratamiento.

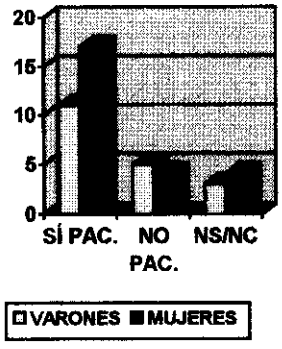
Dentro de este subgrupo destacan 8 casos, 4 varones y 4 mujeres, que no opinan sobre el valor de la información.

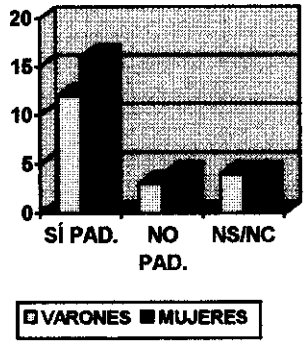
En los 29 casos restantes si se ve positiva la información recibida por los padres.

VALOR DADO A LA INFORMACIÓN PACIENTE/PADRES

	SÍ PAC.	NO PAC.	NS/NC	SÍ PAD.	NO PAD.	NS/NC
VARONES	11	5	3	12	3	4
MUJERES	17	4	4	16	4	4







Resulta significativa, p = 0'05, el mantenimiento de la opinión en los pacientes, sobre el valor de la información recibida por los padres, en el contraste entre el final del tratamiento y el seguimiento semestral.

B) PACIENTE

En 16 casos, 8 varones y 8 mujeres, se valora en poco o nada el valor actual de la información recibida por ellos en el tratamiento.

Dentro de este subgrupo destacan 7 casos, 3 varones y 4 mujeres, que no opinan sobre el valor actual de la información recibida por ellos durante el tratamiento.

En este apartado se aprecia que van elevándose las puntuaciones adjudicadas a los padres, en la medida en que se va elevando la importancia adjudicada a la información recibida por ellos mismos.

Resulta significativa, p = 0'0001, el mantenimiento de la opinión en los pacientes, sobre el valor de la información recibida por ellos mismos, en el contraste entre el final del tratamiento y el seguimiento semestral.

6.8.8 VALOR ACTUAL DADO POR LOS PADRES A LA INFORMACIÓN RECIBIDA DURANTE EL TRATAMIENTO

En este apartado se trata de indagar la opinión que mantienen los padres sobre la importancia de lo trabajado en los tratamientos, tanto para ellos como para los hijos, una vez que ha pasado ya un cierto tiempo.

A) PADRES

En 6 casos, 1 varón y 5 mujeres, los padres no muestran en este momento que reste alguna conciencia sobre el valor de las informaciones recibidas durante el tratamiento de los hijos o en su contacto con Salud Mental.

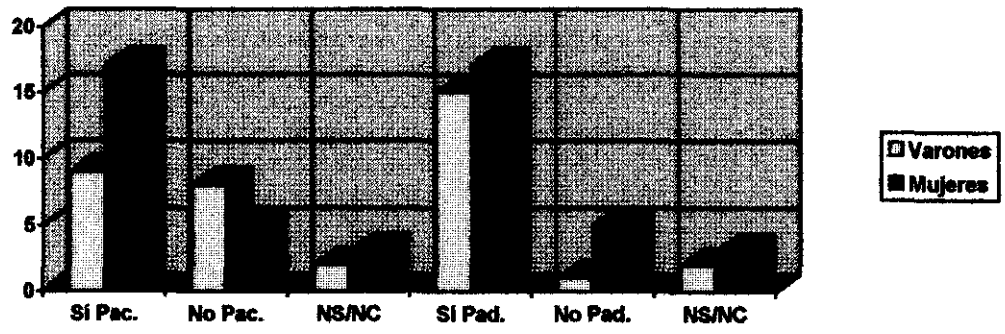
Nos encontramos en este apartado además con 5 casos, correspondientes a 2 varones y 3 mujeres, que no contestan.

En 32 casos, 15 varones y 17 mujeres, sí manifiestan que sirve aún la información que recibieron ellos durante el tratamiento.

El contraste entre padres e hijos apunta hacia una tendencia mayor, p = 0'09, en los padres a valorar como válida, en el seguimiento semestral, la información que se trabajó en la psicoterapia.

VALOR DADO A LA INFORMACIÓN PADRES/PADRES						
	SÍ PAC.	NO PAC.	NS/NC	SÍ PAD.	NO PAD.	NS/NC
VARONES	9	8	2	15	1	2
MUJERES	17	5	3	17	5	3

p = 0'09



Resulta significativa, p = 0'002, el mantenimiento de la opinión en los padres, sobre el valor de la información recibida por ellos mismos, en el contraste entre el final del tratamiento y el seguimiento semestral.

B) <u>PACIENTE</u>

Hay 5 casos, correspondientes a 2 varones y 3 mujeres, que no contestan. En otros 13 casos, 8 varones y 5 mujeres, se valora en poco o nada actualmente la información recibida por los hijos en el pasado contacto con Salud Mental.

Parecería que en la medida en que se mantiene el estatus conseguido tras el alta, sea esta la que fuera, aprecian como valida y actual la información recibida, por sus hijos, en el contacto con los Servicios de Salud Mental; sigue funcionando.

A su vez el paso del tiempo no parece afectar al criterio, ya que mantiene prácticamente los niveles de opinión tanto entre padres como entre pacientes.

Es de destacar también el acuerdo entre ambos subgrupos, que no muestran disonancias entre ellos.

Resulta significativa, p = 0'01, el mantenimiento de opinión en los padres, sobre el valor de la información recibida por los pacientes, en el contraste entre el final del tratamiento y el seguimiento semestral.

6.8.9 ESTADO ACTUAL DE LA SINTOMATOLOGÍA

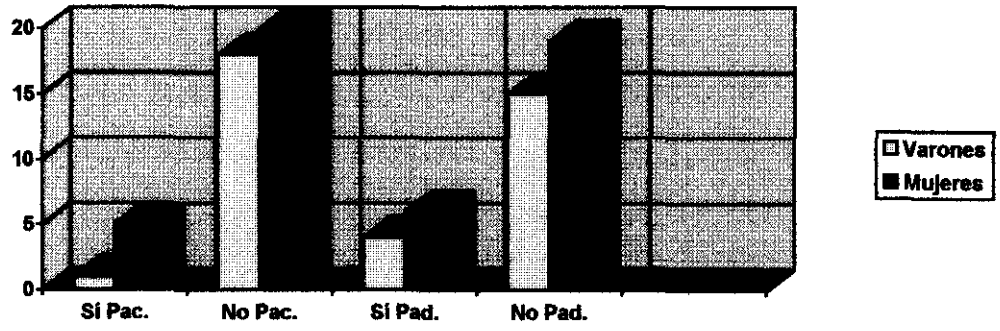
Se trata en este apartado de valorar si ha habido nuevos episodios sintomáticos en los pacientes desde la finalización de los tratamientos y si los relacionan con los anteriores.

NUEVOS EPISODIOS SINTOMÁTICOS

En 6 casos, 1 varón y 5 mujeres, sí ha habido nuevos episodios sintomáticos, en opinón de los pacientes. En 4 de los casos de este subgrupo de 6, todas ellas mujeres, sostienen que estos síntomas están relacionados con los

anteriores y de ellas hay 2 casos que consideran que hay otras modificaciones.

NUEVOS EPISODIOS SINTOMÁTICOS				
	SÍ PAC.	NO PAC.	SÍ PAD.	NO PAD.
VARONES	1	18	4	15
MUJERES	5	20	6	19



El subgrupo de los padres considera que en 10 casos, 4 varones y 6 mujeres, ha habido nuevos episodios sintomáticos, el resto de la muestra de padres opina que no. En 7 de los casos de este subgrupo, 3 varones y 4 mujeres, se vinculan estos síntomas con los anteriores y de ellos hay 3 casos, 1 varón y 2 mujeres, en que los padres consideran que además hay otras modificaciones.

Las opiniones volcadas en estos datos, en lo referido a nuevos episodios sintomáticos, no son coincidentes con las de sus padres, salvo en 3 casos, 1 varón y 2 mujeres.

Menos coincidentes aún son las que se refieren a la vinculación con el anterior episodio, en este caso solamente el 1 caso, mujer, concuerda en opinión con sus padres.

Los nuevos episodios sintomáticos que exponen los pacientes son muy variados: estar más miedosa, falta de definición en sus proyectos de futuro, percibir un empeoramiento de las relaciones con los padres, no rendir en los exámenes y quejas somáticas.

Los padres consideran nuevos episodios sintomáticos a pérdida de apetito, no hacer nada a lo largo del día, mayor timidez con los iguales, no avanzar más en la mejoría que tenía al finalizar el contacto terapéutico, etc.

6.8.10 NUEVOS MIEMBROS FAMILIARES EN CONSULTA

Se trata de valorar en este apartado si ha habido otros familares o personas significativas, por tanto estrechamente relacionadas con los pacientes, que hayan consultado desde la finalización de los tratamientos.

Hay 5 casos, 1 varón y 4 mujeres, que dicen que ha ocurrido una nueva consulta de algún familiar en los seis meses del plazo del seguimiento. En 4 casos han sido las madres las que han consultado. En 1 caso ha sido la abuela.

En opinión del subgrupo de los padres hay 6 casos, 2 varones y 4 mujeres, que dicen que ha ocurrido una nueva consulta de algún familiar en los seis meses del plazo del seguimiento. En 3 casos han sido las madres las que han

consultado. En 1 caso ha sido la abuela y, en otros 2 casos, las tías y un hermano.

Resulta significativo, p = 0'001, en el subgrupo de pacientes que ha estado en tratamiento, que, en el caso de que algún familiar haya hecho una nueva consulta, dicha persona sea la madre.

En el caso de los pacientes una mujer deja en evidencia a la madre, al manifestar que sí ha consultado y ella misma decir que no. En el caso de la opinión de los padres, es posible que los hijos no hayan sido informados por sus padres, máxime tratándose de parientes no convivientes en la casa familiar.

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CAPÍTULO VII

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Enmarcamos la presente discusión en las orientaciones de Weisz y Weiss (1989) sobre que todos los estudios son significativos, porque aportan información a un campo que contiene muy pocas investigaciones sistemáticas.

Consideramos, junto con Kiser, Millsap y col. (1996) y Salzer, (1996) que la colaboración entre académicos, clínicos y consumidores mostrará la efectividad de los servicios de Salud Mental en los programas comunitarios, prestando en este estudio una especial atención tanto a los padres como a los pacientes.

La complejidad del control de los factores esenciales que afectan a los resultados en cualquiera de las áreas de una psicoterapia, en opinión de Heinicke (1990), puede influir en las otras. De esta manera apoyamos la idea de que todas las investigaciones puedan contar con un marco general de referencia, que permita la acumulación de experiencia y datos (Dunn, 1994). A este criterio nos ajustamos por la descripción tan minuciosa de los protocolos de estudio y seguimiento en nuestra investigación.

7.1 EQUIPO TERAPÉUTICO E INSTITUCIÓN

Acordamos con Casey y Berman (1985) y Barnett, Docherty y Frommelt (1991) sobre la importancia de incluir en los estudios de efectividad el entrenamiento de los terapeutas, por la influencia que pueden llegar a tener en los resultados. Hemos incluido en nuestro trabajo el nivel profesional de los terapeutas, en términos de formación supervisión, análisis personal y experiencia en el campo.

En este aspecto los psicoterapeutas aquí estudiados han reflejado altos niveles de rendimiento, en el sostenimiento de mejores resultados sobre todo con los casos más graves, también en el tiempo de permanencia en tratamiento y en el buen abordaje de las edades más altas, que tradicionalmente son más difíciles de sostener y llevar a buen fin (Kernberg, 1996 y Kazdin, 1990).

La importancia de la buena formación teórica de los profesionales ha sido subrayada por Kazdin, Siegel y Bass en 1990, al margen de la escuela teórica de los terapeutas. En nuestro caso consideramos que la uniformidad de la formación y la experiencia de ambos terapeutas aquí presentados es un dato positivo que permitirá, igualmente, en próximos estudios contrastarse con otros menos expertos.

Cuando se trata de cruzar la experiencia, o formación, con la edad de los pacientes, como inicio de los estudios de resultados, nuestros datos indican que los terapeutas más entrenados dan resultados mejores que los no entrenados en casos con mayor edad, lo que significa siempre casos más difíciles de manejar o de tratar (Weisz, Weiss, Alicke y Klotz 1987 y Phillips, 1987). En nuestra experiencia subscribimos esta hipótesis, a falta de mayor contraste con otra muestra de menor edad.

Convenimos con Raynault y Borgeat (1994) en lo que se refiere a la importancia de estudiar el estilo, calidad y cualidad de la relación terapeuta-paciente, que aquellos son capaces de organizar. Así lo confirman los resultados de los ítems dedicados a estudiar la empatía, el valor de la información recibida y su duración en el tiempo. En nuestros resultados se aprecian relaciones empáticas de puntuaciones más altas en los pacientes del terapeuta varón, pero cuando son estas puntuaciones negativas son más negativas que las de la terapeuta mujer, lo que haría referencia al estilo transferencial del proveedor.

Coincidimos con Jerrell y DiPascale (1984) cuando destacan que los profesionales que se dedican al campo usan un alto porcentaje de su tiempo en actividades que se derivan del manejo del caso y de la relación con otros profesionales implicados en diversos aspectos del proceso, aunque coincidimos con McDermott (1984) en que la actividad principal de los psicólogos clínicos de este estudio sigue siendo la psicoterapia.

Coincidimos plenamente con Leckman, Elliot, Brometh y col. (1995), Cowdry, Rex y Jensen (1995), Rosenfeld (1995), McCarthy, Gelber y Dugger (1993) y los resultados de las investigaciones del propio *National Institute for Mental Health* norteamericano (NIMH) en esta línea de trabajo. Nunca será suficiente la inversión dedicada a este sector de población de cuya salud mental depende, más que de nadie ni de nada, la de las futuras generaciones.

En el terreno de los costes, presupuestos e inversiones, se ha destacado en nuestros resultados, las dificultades por las que pasan los profesionales para elaborar las estrategias terapéuticas, con los pacientes más graves o delicados, dados los escasos recursos dedicados por el Servicio de Salud Mental de la CAM (García-Villanova y col. 1996) al Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes.

Apoyan nuestros resultados la premisa de Heinicke (1990) de que los tratamientos implican más intervenciones que las exclusivamente psicológica, nuestra investigación las nombra desde el reconocimiento en la descripción inicial de la metodología del Programa objeto de estudio, que posee varias especialidades en la composición del equipo que lo integra, como son los residentes de psiquiatría y de psicología, enfermería y trabajo social.

Estamos de acuerdo con Heinicke (1990) y con Knapp (1997) en que se hace necesario incluir varios cuerpos teóricos en cualquier planificación de intervención, en particular si se necesita la intervención en aspectos sociales, cosa harto frecuente en el campo de niños y adolescentes. El Programa de Salud Mental del Niño y del Adolescente del Distrito de Getafe, Área 10, así lo piensa y lo muestra, cumpliéndolo en su organización.

Al contrario de lo expuesto por Olabarría sobre que los profesionales más antiguos y experimentados se sitúan más cerca de padecer el Síndrome de Burntout y podrían aminorar el énfasis puesto en su actividad, nuestros terapeutas se encuentran en plena forma según se deduce del volumen de pacientes que se sostienen en contacto, en relación a los que iniciaron consulta.

Con Donabedian (1980) coincidimos en su aporte de un modelo tripartito de estructura, proceso y resultados, en dispositivos de servicios públicos sanitarios y en estructuras hospitalarias. Consideramos el esquema, en el que se contextúa todo proyecto de investigación de la envergadura del aquí presente, vigente en la actualidad, aunque nosotros no hemos requerido el acuerdo con los consumidores para definir los estándares de atención ni las otras definiciones de máximos y mínimos en la calidad, lo cual quedaría pendiente para posteriores trabajos.

Tampoco hemos podido señalar o acreditar los proveedores más eficientes en el tratamiento de cada trastorno o "calidad dirigida" en su terminología, lo cual significa eficiencia desde su punto de vista y que no es motivo de esta tesis ya que sería focalizar en los procesos transferenciales, lo cual sucede en la comunicación entre terapeuta y paciente, desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica. Sí que pensamos se ha realizado en lo referido a la aplicación de recursos y tiempos, o de la efectividad económica, en lo que se refiere pues a la relación entre resultados y procesos.

Destacamos la importancia de los elementos organizativos de la institución en su Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes, que incluye de una parte las características de equidad en el desempeño de las tareas de los terapeutas (Olfson, Klerman y Pincus, 1993) y de otra señalar la organización de la atención de la demanda en sus aspectos metodológicos previas a la intervención (Escudero, García-Villanova y Rico, 1991; Gask, Sibbald y Creed, 1997). Los criterios de presentación de los pacientes para solicitar la cita representa un aspecto muy importante, que con seguridad hace disminuir, hasta la casi desaparición, los casos de deserción, que no se presentan a la primera cita, en línea con lo que plantean Kourany, Galber y Tornusciolo (1990).

Con seguridad que los bajos tiempos de espera y el énfasis en la asistencia de la tríada familiar apoyan los resultados del proceso y de los tratamientos, en consonancia con Kourany, Galber y Tornusciolo (1990).

En cambio sostenemos los cuestionamientos de Vázquez-Barquero y col. (1986) en lo referente a que la posibilidad de evaluación de los Servicios de Salud Mental se apoya en un régimen de escaso control de las actividades de los mismos y de los profesionales que desarrollan las tareas terapéuticas. En

nuestro objeto de estudio se hace una estricta definición de las tareas y desempeños de los proveedores, así como de los usuarios del dispositivo.

La estricta sistemática de registro que se ejecuta en el Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes, que se está implícitamente evaluando en este estudio, lo pone de manifiesto, así como la organización del funcionamiento de todo el programa. Por ello creemos que tales dificultades, por los autores planteadas, son superables en la medida en que los profesionales toman las tareas de registro como parte de sus actividades de formación permanente.

Mostramos nuestro acuerdo con el excelente trabajo de Boston (1989) y los de Fonagy y Moran (1990), Fonagy y Target (1994), Target y Fonagy (1994) y Tizón (1996), sobre la dificultad de que los profesionales de orientación dinámica aprecien la importancia de las investigaciones realizadas por procedimientos de análisis cuantitativos e incluso cualitativos y que acepten otros tipos de métodos para la validación de sus hipótesis, si bien sirve de ayuda el discriminar los límites de la intervención técnica con respecto a la producción teórica. Confundir la teoría con el método puede impedir a muchos especialistas en formación permanente iniciar análisis descriptivos de proceso.

Tal posibilidad permitiría apreciar los cambios en las capacidades psicológicas de los pacientes, derivados como consecuencia de los cambios producidos por los aspectos formales del tratamiento psicoterapéutico, incluso en los procesos alejados de la mítica cura tipo, pero igualmente efectivos en el tiempo. Siguiendo el ejemplo de la propia historia clínica del Caso Juanito, descrita por Sigmund Freud en 1909, valga todo el trabajo expuesto en el presente documento como un granito de arena, para balancear tan arraigadas creencias. La modestia de Freud en la descripción inocente y espontánea de su discutible modo de actuar,

convertido en incuestionable mito por sus seguidores, bien podría servir de ejemplo para activar la producción de trabajos.

Acordamos con Heinicke (1990) que la oferta de tratamientos en Salud Mental Pública es importante y diversa. En nuestro caso se dispone de idóneos recursos profesionales y de más servicios sociocomunitarios que ofertar, de lo que otras áreas tienen, lo que ayuda a la buena gestión de las necesidades de los casos (García-Villanova, 1990), sin menoscabo de la evidente necesidad de desarrollar los recursos intermedios y de hospitalización como ha quedado reflejado por García-Villanova, Escudero, Sánchez y otros (1996), al no poder responderse a estas necesidades en el sector público en el Área 10.

Estas posibilidades se van añadiendo a los casos según se desenlazan los acontecimientos de su evolución, lo que indica cierta predisposición de los terapeutas a observar el surgimiento de las necesidades a lo largo de la evolución e implica flexibilidad en la administración de los procesos, los cuales no se pueden predecir *a priori*.

En los casos más graves de la muestra, como se ha visto en el capítulo de la exposición de resultados, se han facilitado ciertas gestiones e indicaciones, por la adscripción a la red pública de salud. Tales son los contactos institucionales, que no dejados a la voluntad de los profesionales, con varios servicios de las áreas de salud, educación, servicios sociales y de tutela.

El nivel de ingresos de adolescentes en nuestra muestra es inferior al 2% para hospitales de día y no se realiza indicación de ingreso hospitalario durante el periodo de recogida de datos. En contraste con lo que plantea Buns (1991) que sitúa los ingresos hospitalarios en el 20% y en hospitales de día, estructuras intemedias, en el 8%. Las diferencias puedes ser debido a las particularidades del

regimen sanitario usual en los EE.UU. (Barber, Allen y Coyne, 1992: Rafferty, 1992 y Pottick, Hansell, Gutterman y White, 1995), que está en manos de las aseguradoras, las cuales establecen pagos por ingreso, en lugar de establecer la atención pivotando sobre los servicios sociocomunitarios, como es el caso de España a partir de la Reforma Psiquiátrica.

7.2 METODOLOGÍA

El estudio de resultados que es motivo de esta presentación es una investigación que se alinea del lado de las investigaciones realizadas en régimen ambulatorio en un área de la Salud Mental pública.

Coincidimos con la efectividad de los tiempos de intervención en cada una de las sesiones con pacientes y los de las entrevistas de los seguimientos a los padres, con los datos expuestos por Mordock (1993) y los de los 73 dispositivos por él evaluados, lo que nos parece un importante consenso.

Siguiendo a Kazdin (1990) que refiere la importancia de hacer análisis lo más moleculares posible, para poder observar mejor los cambios, nos permitimos hacer resaltar en este capítulo que exponemos detalladamente una práctica natural para su estudio.

El diseño de trabajo presentado deja fuera los aspectos escolares, relación con el profesorado, o intervención del mismo, entrevistas en el centro escolar o cualquier otro aspecto de intervención relativo al campo escolar, salvo en lo que se refiere a las variaciones del rendimiento y la comunicación al centro escolar del tratamiento del paciente.

Los objetivos de la intervención psicoterapéutica analizada se encuentra acorde con la definición de Kazdin (1990), ya que incluye los objetivos de disminuir el malestar, los síntomas psicológicos y las conductas desadaptativas o las que se llevan a cabo para mejorar la adaptación y el funcionamiento social.

Para ello el proceso diagnóstico se ha llevado a efecto valorando la percepción psicopatológica de los padres y la que tienen los hijos. Aspecto que ha sido documentado por Kazdin, Esveldt-Dawson y col. (1983) y Treiber y Mabe (1987) contrastando los criterios de ambos. La confianza de ellos en la percepción de los procesos sintomatológicos es compartida también por nosotros y se refleja en los datos que hemos expuesto.

La escasa participación de los pediatras en la derivación nos hace pensar que los pediatras por su parte tampoco parecen estar muy bien informados sobre las exigencias en salud mental de la infancia, en lo que coincidimos con Richards y Goodman (1996). La tasa de codiagnóstico es alta en la evaluación, lo que sostiene los criterios de Costello y Edelbrock (1985) sobre la sencillez de los criterios técnicos que ponen en juego los profesionales del primer nivel para la derivación, salvo cuando hay evidentes muestras de riesgo físico para ellos o los padres (Burns, 1991).

En nuestra muestra se ve claramente reflejado que son en su mayoría las madres las que alertan a los especialistas médicos para promover la derivación del caso, lo que hace que sea la pediatría y la medicina de familia un filtro (Golber y Huxley, 1990), duro de sobrepasar el caso que nos concierne.

El casi inapreciable número de casos que son devueltos a Atención Primaria o que reciben el alta tras el estudio apoya la hipótesis. Con lo que se vería necesaria la postura defendida por Kazdin, Esveldt-Dawson y col. (1983) y Treiber y Mabe

(1987), sobre la exageración de las madres frente al especialista, pero en sentido positivo, porque si no es así no superan el filtro.

El substrato de mayor importancia es el uso de una relación interpersonal que *de facto* incluye, así mismo, el asesoramiento o las actividades que siguen un plan específico, tanto con el paciente como con los padres, en el marco de una institución sanitaria. No obstante, el proceso terapéutico está también pensado para mejorar el funcionamiento y la adaptación, para reducir las conductas desadaptativas y un sin número de quejas psicológicas o físicas.

Desde un punto de vista analítico, a lo largo de las intervenciones psicoterapéuticas de orientación analítica motivo de evaluación, se ponen en juego el aprendizaje, la persuasión, el diálogo y otros procesos similares, que se dirigen hacia cómo piensa el paciente (la cognición), cómo siente (el afecto) y cómo actúa (la conducta).

No abarca a nuestro entender, en lo absoluto, exclusivamente los aspectos vinculados con lo biomédico, aunque los psicofármacos u otras indicaciones químicas, pudieran tomar parte del proceso de curación, de las que únicamente se ha incluido el cumplimiento.

También constatamos que el tipo de abordaje aquí presentado recoge aspectos de los definidos por Weisz, Weiss, Alike y Klotz (1987). Si bien ellos excluyen de los tratamientos los aspectos pedagógicos, farmacológicos, las acciones del tipo de la tutela y el resto de actividades aisladas, detalladas en el capítulo de los resultados, que en este tipo de programas se hacen habitualmente, ya que las mismas estén encaminadas a mejorar los problemas de los menores en situación de riesgo y se consideran contenedoras. Nosotros las hemos consignado precisamente por ello, por ser parte activa de la contención que aporta un Servicio

Público de Salud Mental y, por tanto, del proceso terapéutico, en lo cual estamos de acuerdo con Mordock (1993).

En la actualidad, y según Weisz, Weiss y col. (1987), el análisis de la efectividad de la psicoterapia indica que los resultados dependen de múltiples características, en las que están implicados los tratamientos, los pacientes y de las medidas que se usan para evaluar los estudios. En el nuestro se ha hecho un esfuerzo para exponer la gama de aspectos que componen la intervención natural. Del mismo modo se han desarrollado instrumentos de recogida de información, que permitan la fiabilidad en el análisis de los procesos y de los resultados.

El efecto de los tratamientos se ha medido desde varios parámetros. Entre ellos la reducción de los síntomas, la mejora en la adaptación al hogar y a la vida social del niño y del adolescente. También por la mejora en los sentimientos de felicidad y en el rendimiento escolar y, finalmente, por el enriquecimiento del ocio.

Nos parece un importante aporte que la evaluación del conjunto de datos se haya hecho por los pacientes, a los que se les ha dado plena confianza en su objetividad, los padres y los terapeutas, y no exclusivamente en términos de reducción de trastorno o reducción de la disfunción, en términos de Grible y Cowen (1993).

Puesto que la mejora en un área de las nombradas no significa que haya mejoría en las demás. La cantidad de cambio la hemos reflejado en la cuantificación que se adjudica a cada ítem de los que se efectúa valoración y que se sopesa detalladamente, por lo que consideramos cualitativa la interpretación de los datos obtenidos.

Metodológicamente la mayoría de los estudios se realizan con encuestas de las que el nivel de respuestas es muy bajo, siendo casi hasta el 70% de los pacientes los que no responden a las demandas de los investigadores (Weisz, Weiss, Alike y Klotz, 1987; Barnett, Docherty y Frommelt, 1991). En nuestro caso las negativas a contestar no son destacables por haber sucedido exclusivamente en una ocasión.

En nuestro estudio el nivel de respuesta es muy alto, ya que salvo en los casos de cambios de domicilio, 2 familias, y 1 caso en que la madre solicita que no se le pase la encuesta a su hija, por lo sensible que es ella, el resto de las personas contactadas han accedido a responder, tanto los pacientes como los padres. Es posible que la forma de contacto y el tiempo transcurrido, por teléfono en seis meses, hayan ayudado al rendimiento.

Con respecto al diseño no se han restringido, a lo largo de un curso escolar (oct-sept), ni el número de pacientes ni el de patologías, coincidiendo con Lebow (1982, 1983, 1984). Se han evaluado por separado a los que han recibido un tratamiento adecuado, o sea, que han cubierto el proceso previsto totalmente y los que, por cualquier otra circunstancia, no hayan podido hacerlo. En todos los casos los pacientes han sido evaluados por terapeutas objetivos al concluir el tratamiento y para el seguimiento, en disensión respecto de la opinión de Kazdin (1990).

Convenimos con Levitt, citado por Barnett, Docherty y Frommelt (1991) y con Heinicke y Ramsey-Klee (1986) y Barnett, (1991) cuando aportan, como una buena conclusión, la importancia que da a la idea de que la implicación de los padres en el tratamiento es fundamental, o la adjudicación de un espacio y unos objetivos. En el programa estudiado se ha realizado una sistemática de encuadres de entrevistas de seguimiento con los padres, expresión de este concepto.

Si bien apoyamos los criterios de Weisz y Weiss (1989) sobre que las muestras pequeñas tienden a limitar la extrapolación de los datos, a pesar de ello nuestro estudio se podría enmarcar dentro de los estudios más significativos, porque aportan información a un campo que contiene muy pocas investigaciones sistemáticas y ninguna en España. Las investigaciones de campo tienden, en general, a apreciar menores efectos debidos al tratamiento, lo que el tamaño de nuestra muestra lo hace un estudio suficientemente controlado.

Así mismo convenimos con Heinicke y Strassman (1975), Tuma y Pratt (1982), Casey y Berman (1985) y Silver y Silver (1983), cuando resaltan la necesidad de evaluar las variables específicas que afectan a los pacientes, las patologías, los terapeutas, los procesos y a los resultados de la terapia.

Más allá de la discusión sobre especificidad para niños y adolescentes de las clasificaciones de diagnóstico de la DSM (1994) de la A.P. Americana o la ICD de la OMS (1992), Cantwell (1996), Okasha, Sadek, Al-Haddad y Abdel-Mawgoud (1993) y Bird (1996), que nosotros compartimos aunque no es este un estudio de prevalencia, hemos optado por la señalada como europea, la ICD 10, que nos parece más cercana, apoyados en los conceptos de Anna Freud (1965).

En nuestro caso la evaluación ha sido cuidadosa desde un comienzo, con control de las variables sobre los pacientes, como la edad, el sexo, el CI y el resto del diagnóstico, etc. y control sobre el marco familiar en el que está inmerso el paciente, como edades de los padres, profesión, estabilidad emocional, relaciones entre hermanos, adecuación de la vivienda, etc.

También se ha establecido control sobre variables de los terapeutas en cuanto a su homogeneidad en especialidad, nivel de formación y años de experiencia. Así mismo se ha establecido control sobre las variables de proceso, como son la

elaboración de informes, los encuadres de tratamiento, tiempos aplicados en las sesiones (Mordock 1993), asignación de los casos a los terapeutas, evaluación de los seguimientos longitudinales, etc.

Además se cumplen las condiciones recomendadas por Barrnett, Docherty y Frommelt (1991) en la tabla de requisitos mínimos que deben cumplir los estudios en cuanto a diagnóstico, criterios de exclusión, composición homogénea y tamaño de la muestra. Igualmente se cumplen los criterios de Barrett, Hampe y Miller (1978) sobre la inclusión y exclusión en la selección de muestras y las especificaciones de las características de la terapia.

Sí que se podría señalar que la mayor duración del trastorno es causa de adherencia al tratamiento. Dado que el subgrupo de la muestra que no es tratado tiene menor tiempo de duración del trastorno. De lo que inferimos que hay mayor conciencia y malestar por parte de los padres y de los propios pacientes, lo que apoya los hallazgos de McDermott (1984).

El criterio se refuerza, no obstante, al destacar a la vez que los pacientes que hacen abandono son mayoritariamente los que tienen más de 3 años de evolución del trastorno, lo cual los hace probablemente más resistentes a la intervención y a la persistencia en el tratamiento.

De lo expuesto se podría concluir que hay un tiempo máximo y otro mínimo, idóneo para la mejor adherencia al tratamiento psicoterapéutico.

En cuanto a la duración de los tratamientos, que se recogen en los estudios de evaluación de procesos hechos por Barrnett, Docherty y Frommelt (1991) en los últimos 27 años, la mayoría aplican tratamientos de menos de 6 sesiones, aunque Sloves y Peterlin (1986) consideran la duración menor de 12 sesiones como si

fueran terapias de tiempo limitado. El 39% de los estudios se dirigen a tratamientos de entre 7 y 24 sesiones o más de seis meses, el 9% son de más de 24 sesiones, el 2% tiene una intervención de duración mixta y el 20% no especifica la duración de los tratamientos de forma clara. En nuestro caso el repertorio es de más envergadura y hay un subgrupo de cada uno de los cortes.

En lo referente a las edades evaluadas nos encontramos con que el 30% de los estudios se dirigen a los menores de 12 años, solamente un 23% de los estudios tienen población adolescente de 13 años o más, del bloque restante el 23% se dirigen a ambos grupos de edad y otro 23% no definen las edades de los pacientes. El presente estudio se incorpora en el grupo del 23% que se dirige a ambos grupos de edad.

En cuanto a la metodología apreciamos que el uso de escalas de medidas no es excesivamente sofisticado en comparación con el resto de las áreas, para ser un servicio público (Salzer, 1996), porque aporta una buena información de partida para el desarrollo del tratamiento. No nos limitamos a medir los resultados de la psicoterapia relacionándolos con el trastorno inicial motivo de tratamiento o con el rendimiento escolar en exclusiva (Barmett, Docherty y Frommelt, 1991).

7.3 TRATAMIENTO

En contraste con los estudios de muestras grandes, que estratifican los terapeutas y los tratamientos, tal como hace Kolvin y col. (1981) en Inglaterra y Feldman y col. (1983) en St. Louis, Missouri, ambos citados por Kazdin (1990), nosotros hemos optado por el estudio de los procesos naturales dentro del Sistema de Salud, donde no se producen tales manipulaciones, aunque no restamos por ello valor e interés a tales diseños.

No se han podido establecer diferencias entre pacientes de tratamiento ambulatorio y de tratamiento hospitalario, por la escasa disponibilidad de recursos en Salud Mental de Niños y Adolescentes, que hace que no se considere, salvo casos extremos, la posibilidad de derivación a centros de terapia intensiva ya que no forman parte del Sistema Sanitario Público. Por otra parte la escasez de pacientes que lo hubieran requerido haría irrelevante el contraste de datos.

Lebow (1982, 1983, 1984) propone como necesario que los pacientes susceptibles de formar parte de una muestra hayan hecho de tres a cinco sesiones como mínimo para formar parte de un proyecto de evaluación de satisfacción de usuarios, por considerar que menor número no es tiempo suficiente mínimo para que un paciente o su familia se haya podido posicionar de manera propia ante el tratamiento o el terapeuta o el servicio.

El número de casos que nos encontramos en la atención pública que tienen contacto por debajo de ese número no lleva a no excluir ninguno de este subgrupo, encontrándonos con resultados importantes. Nos parece más significativo analizar los resultados que muestran el subgrupo de 12 casos que tiene en su haber menos de 10 sesiones en total.

De ellos 9 son mujeres y 3 son varones de los que todos las altas, que no son por Fin de Tratamiento, son en edades mayores de 13 años, excepto en 1 caso. El resultado es acorde con las hipótesis de Lebow (1982, 1983, 1984), a pesar de que el corte que hemos hecho incrementa el número mínimo de sesiones por paciente.

En nuestro estudio de resultados encontramos que la edad correlaciona positivamente con la satisfacción del consumidor, al igual que el estado civil de

casado y el mayor nivel educativo. En general se aprecia que se relaciona el menor nivel de síntomas con una mayor satisfacción, aunque no es un tema que dependa de los síntomas de modo directo según Levois (1981) y Hansson y Berglund (1987).

Si bien la población del Área Sanitaria 10 es muy uniforme en nivel educativo, en la muestra con la que contamos destacan los mejores resultados por estar vinculados a mayor volumen de padres con estudios primarios, con 12 padres y 11 madres del total de 20 casos tratados, lo que contradice lo expuesto anteriormente. Los hijos, pacientes de la muestra, resultan tener el mayor nivel de adecuación a los estudios con respecto a la edad biológica.

Similarmente se encuentran los casos que resultan en altas por 02 y 01, Fin de Estudio y Fin de Estudio y Derivación, con 11 padres y 14 madres con estudios primarios, de un total de 17 casos en este agrupamiento. Los hijos resultan con igual nivel de adecuación a los estudios que el subgrupo anterior.

Los peores resultados, destacando con diferencia, son los que se dan en los pacientes cuyos padres tienen mayor nivel de formación básica, 6 padres y 10 madres con estudios primarios, del total de 21 casos. Los hijos, a su vez, destacan con bajo nivel de adecuación a los estudios, siendo 12 casos, de los 21 que componen este subgrupo, los que tienen retrasos en su escolarización lo que resalta en contradicción con los planteamientos de Levois (1981) y Hansson y Berglund (1987).

Al contrario de las opiniones de Bush, Glenwick y Stephens (1986), no se aprecia ninguna vinculación entre el estado civil de los padres y el resultado de los tratamientos en nuestro caso, si bien la muestra es muy homogénea en este ítem y, es posible, que muestras más amplias dieran otros resultados.

En cuanto a los antecedentes psiquiátricos y la psicopatología destaca, en la muestra que presentamos, que se duplica el número de casos con antecedentes psiquiátricos en los padres, preferentemente la madre, en los que no se ha llevado a cabo tratamiento, por lo que se percibe la influencia parental indicada por Kazdin (1990).

En cuanto a los resultados positivos, que se relacionan con la intensidad del tratamiento, nosotros pensamos, y a tenor de los resultados ya expuestos, que los mismos coinciden más con una modalidad de encuadre adecuada y con factores propios del caso: asistencia a sesión, cumplimiento del secreto profesional y disposición positiva hacia el tratamiento para aceptar las indicaciones de manera positiva, que con la exclusiva intensidad de los mismos, imbricándose aspectos institucionales, organizativos, técnicos, diagnósticos y características específicas de los pacientes.

Convenimos con Heinicke también en que la mayor intensidad de tratamiento supone más rendimiento del mismo. Nuestros resultados hacen ver que los encuadres semanales sin fármacos aumentan los rendimientos de la psicoterapia e, igualmente, los pacientes que tienen indicados fármacos obtienen mejores rendimientos con encuadres de atención quincenal.

En nuestro análisis la importancia de la entrega del paciente, en términos de Heinicke y col. (1990), la consideramos basada en varios aspectos:

a) La voluntad de iniciar el tratamiento, a lo que excepto 2 casos todos los demás mostraron su deseo.

b) el buen cumplimiento del encuadre, lo que se muestra en la asistencia y en una positiva valoración de la colaboración del paciente, por parte de los

padres y de los terapeutas, en nuestro caso en todos los pacientes que alcanzan el alta por 03, Fin de Tratamiento o el alta por 05, Voluntaria, o permanecen en tratamiento.

Con respecto a la duración de los tratamientos coincidimos con Mordock (1993), el cual sitúa la mayoría incluida entre los 3 y los 6 meses de contacto. Según avanza la progresión en el tiempo, se aprecian mejores resultados en el tramo de tres a cuatro meses, donde las altas aumentan notablemente con el resultado de Fin de Tratamiento (03 en nuestra nomenclatura). El resto de los periodos de tratamiento no parece que agrupen especiales resultados en este área.

A los seis meses los casos con altas 03 y 05 son evaluados por todos los padres, en cuanto a la situación de los hijos con respecto a los síntomas motivo de consulta, con puntuaciones superiores a la media, salvo en un caso. Encuentra este subgrupo importante todavía la información recibida en el proceso terapéutico por ellos y, en todos excepto 2 casos, también la encuentran importante aún para los hijos. Igualmente sucede en los casos de los que aún no terminaron el tratamiento, menos en 1. En el resto de motivos de alta, los casos aprecian mejorías menores en valor absoluto en general, pero también aparecen en 8 casos de los 15 evaluados en este ítem, puntuaciones inferiores a la media. Lo que vendría a confirmar la adjudicación, por parte de los padres de los usuarios, de su confianza en la validez de los tratamientos y de la psicoterapia aplicada.

Cuando se analiza valoración que hace la muestra de pacientes a los seis meses sobre la situación en la que se encuentran en relación a los motivos de consulta, se aprecia que apenas hay diferencia entre los dos subgrupos resultado del agrupamiento de los motivos altas, que se reparten por igual dentro del tramo superior de las puntuaciones.

Únicamente se podrían considerar diferencias si no se incluyeran en este análisis a los pacientes que están todavía en tratamiento. En este segundo caso habría una ligera tendencia de los que terminaron con 03, Fin de Tratamiento, a puntuar el máximo, lo cual es coherente con respecto a la realidad de que están aún necesitando intervención.

Recordemos que los paciente son menores de edad y que a todos se les ha otorgado la capacidad de decisión para participar en el tratamiento, Si bien en algunos casos, con resultados más leves, se les inició el tratamiento sin un claro espacio para su decisión, ya que son los adultos los que en definitiva decidimos. Tal aspecto se relaciona íntimamente con la motivación al cambio según Adelman, Kaser-Boyd y Taylor (1983), Diatkine (1982) y Adelman y col. (1983), a partir de los once años.

Resultado de este análisis se podría considerar que la opinión de los pacientes sobre su evolución es de alguna manera realista y fiable. No por que no son tan adultos como sus mayores se pueden descalificar sus opiniones, perdiendo información y objetividad. Por tanto consideramos con Adelman y col. (1983) y Diatkine (1982) que esa confianza en la voluntariedad de acceder al tratamiento se les puede otorgar.

Con respecto a la información que recibieron ellos como pacientes encontramos que, los que acabaron con altas de 03 y 05, valoran muy positivamente en el seguimiento la información que recibieron entonces, 18 de 20 casos evaluados, al igual que la recibida por sus padres, 17 de 18 casos evaluados, por lo que la validez de la interacción se mantiene aún. En cambio los que obtuvieron otro tipo de altas evalúan la importancia actual de la información con puntuaciones mucho menores, dando valor positivo en 10 casos de 17 evaluados para su información como pacientes y en 6 de 12 casos para la información que recibieron sus padres.

Por tanto hay una mayor conciencia y aprecio de los procesos de la terapia, en términos de intercambio de información, tanto en pacientes como en padres, en aquellos casos en que se lleva hasta el final la relación terapéutica. Consecuentemente y de acuerdo con Levois, 1981 y Hansson y Berglund, 1987, se aprecia mayor descalificación en este apartado en la medida en que el contacto ha sido mayor. Se comprende que a este grupo de pacientes no les ha satisfecho sus expectativas lo hablado, porque no han conseguido lo deseado, por tanto su frustración con el proceso es mayor y aumenta con la mayor duración del tratamiento, por lo que se desprende que las características del proceso influyen definitivamente en los criterios de satisfacción del consumidor.

Entre los resultados que no se pueden ofrecer en este estudio se encuentran los que inciden en la idea de que no se alteran los resultados porque se haga la evaluación inmediatamente posterior al final del tratamiento, porque son consistentes estos resultados con los que se dan en el seguimiento que, mayoritariamente, se hace a los seis meses.

La comprensión de la secuenciación de los procesos indicados la valoramos en términos de tipo de terapia, número de informes que se emiten durante el proceso, lo que daría idea de la cantidad de servicios o instituciones o informaciones que se han tenido que cumplimentar, como también lo considera McCarthy y col. (1993), lo que es un indicador de complejidad y de influencia en la comprensión del proceso para lograr objetivos Heinicke (1990), el tipo de informes a realizar, las derivaciones que el caso ha requerido, las coordinaciones que se han tenido que realizar, la medicación que se ha tenido que indicar y el tipo de alta que resulta de la articulación de todo ello.

En nuestros resultados se confirmaría este planteamiento en una progresión de mayor a menor. El mantenimiento en tratamiento o el alta por fin de tratamiento,

que coincide con mayor número de informes y de actuaciones, supone una mayor comprensión del procesamiento de los pasos del tratamiento.

Los resultados que ofrecemos indican que la psicoterapia sí es efectiva y que los resultados son independientes de la edad de los pacientes, al menos en las edades que forman nuestra muestra. No podemos sostener que los adolescentes son los que en peor situación terminan los tratamientos, por más que se les vea resistentes a todo lo que no sea su propio discurso o pensamiento, especialmente si este viene de los adultos. No es óbice para no considerar que sus resultados y procesos sean apropiados a su estadio psicológico ni para conseguir una mejoría y una positiva adecuación al medio que se mantenga a lo largo del tiempo.

Tanto los pacientes, como los padres de los mismos y los propios terapeutas adjudican a la intervención psicoterapéutica los beneficios de un cambio positivo de la sintomatología que presentaban antes del trabajo psicológico realizado.

En los 16 casos con medicación la indicación farmacológica, según los psicoterapeutas responsables de los tratamientos, se encuentra vinculada principalmente al nivel de ansiedad que el paciente posee y en relación con favorecer la capacidad o disponibilidad, para el trabajo terapéutico, lo que concordaría con la opinión mayoritaria de los profesionales que, en muchos casos, relacionan actualmente los mejores resultados en la psicoterapia con aquellos pacientes que tienen mayor capacidad de aprendizaje y resolución (Moran, Fonagy, Kurtz, Bolton y Brook, 1991; Target y Fonagy, 1997). Por el contrario, los que responden mejor a la farmacoterapia son aquellos otros cuya capacidad de resolución es menor.

Las duraciones de los tratamientos no presentan ninguna frecuencia que permita asociarlas a los momentos de cambio, ni tampoco en las altas. Pero si resulta

interesante señalar que hay una cierta tendencia de los psicoterapeutas a ubicar la percepción del cambio en los pacientes a lo largo del tratamiento, 16 de los 23 casos que evalúan el ítem. En los pacientes sucede en 12 de los 20 casos que evalúan el ítem. En cambio para los padres de los pacientes sucede en 10 de 23 casos, situándose esta idea al mismo nivel que la que sitúa el cambio en los primeros momentos de la intervención psicoterapéutica

Para nosotros la mejoría clínica no es equivalente a una mejora en el rendimiento escolar, por lo que no es el indicador de salud o de respuesta al tratamiento, en cambio sí que se contrasta este material con otros muchos aspectos, tanto relacionales en diferentes órdenes, como también de la evolución de los intereses personales, que dan cuenta más fiable del estado de salud del paciente al finalizar el tratamiento y en el seguimiento.

Si bien la asistencia del paciente a un tratamiento previo aparece como uno de los predictores de buenos resultados de más fuerza (Bush, Glenwick y Stephens, 1986), quizás por ofrecer a los pacientes y a sus padres un conocimiento de las expectativas razonables a conseguir y los caminos para ello, en nuestra muestra no se puede valorar más que en un caso, que fue evaluado y derivado a tratamiento de grupo, el cual obtuvo un buen resultado, pero no forma parte del grupo de los pacientes cuyo tratamiento se estudia aquí.

Convenimos con Bush, Glenwick y Stephens (1986) en cuanto a la importancia de la persistencia en la asistencia a las sesiones, factor que se muestra como uno de los principales indicadores de mejores resultados, más que con los logros de la terapia en sí.

No estamos de acuerdo con ellos, en nuestra experiencia, sobre que el ítem esté sobre valorado por los terapeutas que evalúan los procesos de los casos. Al

contrario de como lo indican Bush, Glenwick y Stephens (1986), en nuestro caso resulta una conclusión derivada del registro de general de casos. Seguramente los mencionados autores se refieren al ámbito de la práctica privada.

En nuestro caso podemos concluir con Casey y Berman (1985) que los niños tratados se encontraban mejor que los que no lo habían sido, viéndose muy escasa diferencia entre los padres que habían recibido apoyo o entrevistas de seguimiento y aquellos en los que no había sido así. Más básicamente coincidimos con Kazdin (1991) cuando da por demostrada la efectividad de los tratamientos en cuanto su evaluación final es mejor que la de los no tratados.

Con respecto a la conciencia de enfermedad acordamos con Frank y Gundelson (1990) que este ítem es un gran predictor de inicio de tratamiento. La gran mayoría de los pacientes y de sus padres, que inician tratamiento tienen una conciencia de enfermedad evaluada como Mucha o Bastante. Además se puede complementar por la valoración que los terapeutas evaluadores hacen del grado de interferencia que el problema causa en la vida diaria.

Nuestros resultados concuerdan con los de Frank y Gundelson (1990) en lo relativo al diagnóstico, a la gravedad, y a la presencia de otros trastornos, que se da en todos aquellos pacientes que se mantienen en tratamiento o que alcanzan mayor tiempo de abordaje o contacto terapéutico.

Las tasas de codiagnóstico encontradas indican un 47%, lo que contrasta, ligeramente en ciertos estudios y con otras tasas encontradas en otros autores (Offord, Boyle, Szatmari, y col., 1987; Costello, Costello, Edelbrock y col., 1988; Costello y Janiszewski, 1990 y Shepherd, Oppenheim y Mitchell, 1966), cuyos diagnósticos múltiples se sitúan entre el 82% y el 63% en casos evaluados, algunos de los cuales no fueron tratados.

Coincidimos con Bigelow (1991) en que la evaluación de resultados no sólo debe de fijarse en los procesos llevados a cabo, sino también en los cambios que han podido haber en el entorno de los pacientes en términos de mejora de la calidad de vida. Nuestros resultados de mejora de la adaptación, tanto familiar como escolar, ha sido positiva muestra se ha visto.

En los estudios de Costello y Janiszewski (1990), lo que sucede también en nuestra investigación, destacan que las derivaciones suelen estar en manos de los pediatras, la mayoría de las veces a instancias de las madres o familiares más directos de los niños, que a veces tardan años en llegar a materializarlas en una demanda formal ante los especialistas, con posibilidades de derivación efectiva a nuestro Servicio y abordable tras la presentación administrativa conveniente.

En nuestra información consta que solamente 9 casos, 2 varones y 7 mujeres, son de derivación por el médico desde su origen. el gran bloque es el que en su origen tiene a la familia, en 29 casos, 12 varones y 17 mujeres. En 10 casos se sitúa en la escuela, 9 varones y 1 mujer. En 9 casos, 3 varones y 6 mujeres, es a petición propia. El nivel de detección es bien relativo, lo que coincide con los aportes de Sardinero y Pedreira (1997) que encuentran, sobre una tasa de prevalencia en torno al 30,2%, que la derivación al segundo nivel de atención especializada, se produce en algo menos de la mitad de los casos.

Si como parece en diversas publicaciones (Bush, Glenwick y Stephens, 1986), la medicina de primer nivel no siempre es el sector más indicado para estudiar la conveniencia de la derivación, nosotros pensamos, muy al contrario, que sí lo son a tenor de las altas tasas que vinculan diagnóstico e indicación de tratamiento, en el total de demandas realizadas al Programa de Salud Mental de Niños y Adolescentes.

En cuanto al tipo de derivante, los casos derivados por el sistema Educativo mejoraban menos que los que eran derivados por el Sistema Sanitario.

Destacable es que la submuestra de petición propia se compone en su totalidad de sujetos mayores de 13 años, ítem etario que destaca como indicador de vital importancia.

En el estudio de Ontario, Canadá, Offord, Boyle, Szatmari y col. (1987) y Boyle, Offord, Racine y col. (1993), plantean que los varones tienen hasta un 50% más de posibilidades de ser derivados que las hembras, en nuestro servicio la proporción de sexos en las demandas de atención es muy equilibrada, lo mismo en las derivaciones como en los pacientes tratados a estas edades, lo que quizás requiera un estudio próximo con objetivos diferentes.

Contrariamente a los resultados de Offord, Boyle, Fleming y col. (1989), con respecto a que son superiores los índices de frecuentación cuando se trata de niñas hasta los 16 años, la muestra presentada, obtenida en un curso escolar natural, no permite extraer tal conclusión.

Tampoco coincidimos con Costello y Janiszewski, (1990), los cuales apuntan que los niños tienen un 25% más de posibilidades sobre las niñas de ser atendidos, en edades bajas. Tanto para los menores de 13 años de nuestra muestra o en su conjunto toda ella, coinciden ambos sexos en su número. Profundizar en el tema supondría planificar algún estudio que incluyese variables de los derivantes en su proceso de trabajo.

La diferencia encontrada sí que es de claro contraste cuando analizamos los tiempos medios de evolución del trastorno para cada uno de los sexos, tal como se indicó anteriormente en el apartado de Resultados del presente trabajo, pero

tampoco se observan diferencias en codiagnóstico, tal y como hablan Offord, Boyle, Racine y col., (1992). Es posible adjudicarlo a la homogeneidad del nivel socioeconómico de toda la muestra en nuestro caso, que se encuentra en la línea de los resultados de la muestra de la comunidad de Buckinghamshire, Inglaterra, estudiada por Shepherd, Oppenheim y Mitchell (1966), los cuales tampoco encontraban variaciones entre grupos.

En el terreno del estudio de la efectividad Levitt (1957), plantea que hay un éxito del 67% al 78% en el fin y en el seguimiento respectivamente, nuestro caso apunta a un nivel de éxito del 82% considerando el volumen total de reevaluaciones solicitadas, en cambio si tomamos en cuenta los pacientes que reevaluaron después de concluir un tratamiento, este resultado se situará próximo al 90%.

Finalmente resaltar que nos parece importante que se pueda iniciar a partir de este estudio otros posteriores para valorar la relación entre consultas en Salud Mental y consultas en Atención Primaria, con los pacientes que están en tratamiento y sus familiares, asumiendo que algunos trastornos de ansiedad en los progenitores se descarguen en Atención Primaria, por el excesivo celo dado en la solicitud de atención a sus hijos. En este terreno los escasos trabajos encontrados son los referidos por Padgett, Patrick y col. (1993) en adultos y más particularmente Gjerdingen y Froberg (1991) acotando en madres primerizas, pero es de señalar que ninguno en población española con niños y adolescentes.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

Como resultado de esta investigación que se puede afirmar que es consistente la opinión en todos los sectores valorados sobre que los tratamientos psicoterapéuticos que se llevan a cabo con niños y adolescentes son efectivos y que su efectividad se sostiene con el paso del tiempo.

Es consistente así mismo la opinión de los pacientes y sus padres, tanto en la evaluación al final de tratamiento como en la del seguimiento semestral, respecto a que los materiales psíquicos trabajados durante la psicoterapia resultan útiles con el paso del tiempo.

En cuanto a los diagnósticos, de la muestra de pacientes estudiada, resultan diferencias significativas entre los varones y las mujeres en los trastornos que se presentan a consulta, siendo trastornos externalizados en los varones e internalizados en las mujeres.

Se constata como resultado que, en los pacientes presentados, transcurre un intervalo temporal medio desde la aparición de los síntomas hasta la consulta en el Programa de Salud Mental del Niño y del Adolescente. El mismo es de un año en mujeres y de hasta tres en los varones y su diferencia es significativa.

Aquellos pacientes que consultan y que tienen mayor tiempo de evolución del trastorno, parece que toman más la decisión de comenzar la psicoterapia, lo que puede significar un apoyo o predictor de tal decisión.

En el caso de los pacientes de menor evolución del trastorno los resultados indican que su consulta no siempre va seguida de la aceptación de la psicoterapia. Se establece la consulta diagnóstica, pero no tanto la aceptación de un tratamiento.

Nos encontramos como resultado de proceso psicoterapéutico de los pacientes con que, por géneros, la mujeres con evolución de más de tres años del trastorno tienen tendencia a abandonar el tratamiento.

Todo lo anterior nos permitiría sugerir, como conclusión, la importancia de continuar la investigación para determinar qué hace a los pacientes más resistentes a la intervención y qué más persisten en el tratamiento.

Puede tenerse en consideración que la presencia de trastornos de desarrollo, según se refleja en los datos de la historia clínica y en los motivos de alta de los pacientes de la muestra, resulta relevante como indicador de mal proceso psicoterapéutico de los mismos.

A tenor de los datos recogidos en los cuestionarios de los terapeutas sobre el proceso del tratamiento, el cumplimiento de la pauta farmacológica varía con la edad. Se aprecia una tendencia a que se empeore según aumenta la edad de los pacientes. Es a partir de los trece años, en la muestra, que se inicia significativamente un punto de inflexión en el mismo. El buen cumplimiento de la pauta medicación indicada es un predictor de buen pronóstico psicoterapéutico.

Los pacientes que solicitan una nueva evaluación antes del año de haber finalizado el contacto, según resulta de los registros de reevaluación, habían iniciado ya el tratamiento psicoterapéutico en los Servicios de Salud Mental y no sólo la evaluación diagnóstica.

No hay diferencias apreciables por causa del género de los pacientes en cuanto al motivo de alta.

Por géneros los varones requieren significativamente mayor cantidad de cambios de periodicidad de las sesiones en la atención en Salud Mental de Niños y Adolescentes.

Hay diferencias significativas de opinión entre terapeutas y pacientes en cuanto al aprecio de las modificaciones producidas por la psicoterapia. También hay diferencias significativas de opinión entre los terapeutas, los pacientes y los padres. No resulta significativa, por el contrario, la de los padres con los pacientes, ni la de los terapeutas con los padres.

El mal cumplimiento de los elementos del encuadre, según la valoración de los terapeutas, se apareja con mayores problemas para terminar el tratamiento con alta por Fin de Tratamiento, por lo que se considerarían indicadores de proceso.

La falta de regularidad en la asistencia a las sesiones de psicoterapia, según la valoración de los terapeutas, se refleja con claridad en los resultados, aumentando significativamente la frecuencia de altas por Abandono.

Según se desprende de la valoración de los terapeutas hay relación significativa entre la falta de reserva, entre padres e hijos, sobre los materiales trabajados en las sesiones de psicoterapia y los malos resultados de la misma. Este hecho se puede considerar un indicador de mal pronostico.

Contrastando las valoraciones de los padres y los pacientes resultan diferencias significativas en la opinión del estado de la salud mental de estos últimos, tras el seguimiento semestral.

Del contraste de las opiniones de los padres y los pacientes, en el seguimiento semestral, resulta que los padres tienen una tendencia a pensar que se perciben en el colegio los problemas de sus hijos, en contraste con la opinión de estos últimos que piensan que no es así.

En cuanto a los materiales que se trabajaron en la psicoterapia, el contraste de las valoraciones entre padres e hijos, en el seguimiento semestral, apunta hacia una tendencia a la significatividad, en los padres, para valorarlos como válidos.

Los pacientes mantienen la opinión sobre el valor de la información recibida por los padres y por ellos mismos en el contacto con Salud Mental, al contrastarse las valoraciones del final del tratamiento y del seguimiento semestral.

Los padres mantienen la opinión sobre el valor de la información recibida por los pacientes y por ellos mismos en el contacto con Salud Mental, al contrastarse las valoraciones del final del tratamiento y del seguimiento semestral.

Según se desprende de las opiniones de los padres y de los pacientes, las madres son las candidatas idóneas para una nueva consulta para ellas mismas dentro del subgrupo de pacientes que ha estado en tratamiento.

V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

V REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Aaroen, E. (1993). The Effect of Family Counselling on the Mental Health of 10-11-Year-Old Children in Low-and-High-Risk Families: A Longitudinal Approach. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 34, Nº2, Febrero, págs. 155-165.

Aberastury, A. (1970). Adolescencia. Ediciones Kargieman. Buenos Aires.

Abramson, P.R. (1992). A Case for Case Studies. Sage Publications, Inc. California.

Achenbach, T.M.; Bird, H.R.; Canino, G.; Phares, V. y Gould, M.S. (1990). Epidemiological Comparisons of Puerto Rican and U.S. Mainland Children: Parent, Teacher and Self Reports. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 29, Nº1, Enero, págs. 84-93.

Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1979). The Child Behavior Profile: II. Boys Aged 12-16 and Girls Aged 12-16. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Nº35, págs. 227-256.

Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1984). Psychopathology of Childhood Annual Review of Psycology. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Nº47, págs. 222-223.

Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1987). Manual for the Youth Self-Report and Profile. Burlington, VT. University of Vermont, Departament of Psyquiatry.

Achenbach, T.M.; Verhulst, F.C.; Baron, G.D. y Akkerhuis, G.W. (1987a). Epidemiological Comparisons of American and Dutch Children: I Behavioral/Emotional Problems and Competencies Reported by Parents for Ages 4 to 16. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 26, Nº3, Mayo, págs. 317-325.

Achenbach, T.M.; Verhulst, F.C.; Edelbrock, C.S.; Baron, G.D. y Akkerhuis, G.W. (1987b). Epidemiologic Comparisons of American and Dutch Children: II Behavioral/Emotional Problems Reported by Teachers for Ages 6 to 11. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 26, Nº3, Mayo, págs. 326-332.

Adelman, H.S.; Kaser-Boyd, N. y Taylor, L. (1983). Children Participation in Consent for Psychotherapy and Their Subsequent Response to Treatment. Trabajo presentado en la Annual Convention of The American Psychological Association. Agosto.

Agüera, L.F.; Reneses, B. y Muñóz, P.E. (1996). Enfermedad Mental en Atención Primaria. Edt. FLASS. Madrid.

Aixline, V.M. (1969). Play Therapy. Ballantine Books. New York.

Akhtar, S. y Samuel, S. (1995). Between the Past and the Future of Psychotherapy Research. Archives of General Psychiatry, Vol 52, Agosto, págs. 642-644.

Álvarez, L.; Escudero, C.; Kloppe, S. y Ortega, P. (1995). Programas de Salud Mental Infanto-Juvenil de la C.A.M. Grupo de trabajo de la Sección de Salud Mental de Niños y Adolescentes de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

American Psychiatric Association. (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. III Edición Revisada. Masson, S.A. Barcelona.

American Psychiatric Association. (1993). Practice Guideline for Eating Disorders. American Journal of Psychiatry, Vol 150, Nº2, Febrero, págs. 207-228.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edición DSM-IV. APA. Washington, DC.

American Psychiatric Association, Commission on Psychotherapies. (1982). Psychotherapy Research: Methodological and Efficacy Issues. Washington, DC.

Amón, J. (1994). Estadística para Psicólogos 2. Probabilidad. Estadística Inferencial. Ediciones Pirámide. Madrid.

Análisis Funcional: Registro de Casos Psiquiatricos. (1991). Tomo I y II. I.C.M. Comunidad de Madrid. Madrid.

Anderson, J.; Williams, S.; McGee, R. y Silva, P. (1987). DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Archives of General Psychiatry, Vol 44, págs. 69-76.

Anderson, J.; Williams, S.; McGee, R. y Silva, P. (1989). Cognitive and Social Correlates of DSM-III Disorders in Preadolescent Children. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 28, Nº6, Noviembre, págs. 842-846.

Angold, A.; Erkanli, A.; Costello, E.J. y Rutter, M. (1996). Precision, Reliability and Accurancy in the Dating of Simptom on sets in Child and Adolescents Psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 37, Nº6, Septiembre, págs. 657-664.

Anthony, E.J. (1986). A Brief History of Child Psychoanalysis. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 25, Nº1, Enero, págs. 5-11.

Asociación Española de Neuropsiquiatría. (1997). Salud Mental en el Mundo: Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos. Cuadernos Técnicos I. Madrid.

Asociación de Padres de Niños Subnormales de Alcorcón (1980). Protocolo de Entrevista para el Estudio y la Valoración de los Alumnos. (A.P.A.N.S.A.). Alcorcón, Madrid.

Ávila, A., (1994). El Diagnóstico y la Evaluación Psicológica en España: Revisión y Perspectivas. Revista Clínica y Salud, C.O.P., Vol 5, Nº1, págs. 83-116.

Ávila Espada, A. (1992). Introducción a la Metodología de la Evaluación de Programas de Intervención en Psicología Comunitaria. Curso de Doctorado U.C.M. Manuscrito no publicado. Madrid.

Ávila Espada, A. y Poch, J. (1998). Investigación en Psicoterapia: La Contribución Psicoanalítica. Paidós, Barcelona.

Avila, A.; Blanco, A; Calonge, I.; Forns, M.; Oliva Marquez, M.; Martorell, M.C.; Rodriguez, C.; Silva, F.; Torres, M. (1994). El Diagnóstico y la Evaluación Psicológica en España: Revisión y Perspectivas. Revista Clínica y Salud, C.O.P., Vol 5, Nº1, págs. 83-116. Madrid.

Bain, A. y Barnett, L. (1980). The Design of a Day Care System in a Nursery Setting for Children Under Five: Final Report. Tavistock Institute of Human Relations. Document Nº 2t 347.

Barber, C.C.; Allen, J.G. y Coyne, L. (1992). Optimal Length of Stay in Child and Adolescent Psychiatric Hospitalization: A Study of Clinical Opinion. American Journal of Orthopsychiatric. Vol 62, Nº3, Julio, págs. 458-463.

Barchas, J.D. y Marzuk, P.M. (1995). Child and Adolescent Mental Disorders and the Search for an NIMH Director: Quo Vadis?. Archives of General Psychiatry, Vol 52, Octubre, págs. 873.

Bartlett, J.A.; Schleifer, S.J.; Johnson, R.L. y Keller, S.E. (1991). Depression in Inner City Adolescents Attending an Adolescent Medicine Clinic. Journal of Adolescent Health, Vol 12, págs. 316-318.

Barrnett, R.J., Docherty, J.P. y Frommelt, G.M. (1991). A Review of Child Psychotherapy Research since 1963. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 30, Nº1, págs. 1-14.

Bayo-Borrás, R. (1997). Psicoterapia Psicoanalítica con Adolescentes. Rebeldes ¿sin? Causa. Revista de Clínica y Salud del Colegio Oficial de Psicólogos. Vol 8, Nº1, págs. 299-313.

Bellak, L. (1979). Uso Clínico de la Prueba Psicológica del T.A.T., C.A.T. y S.A.T.. Manual Moderno. México.

Bender L. (1993). Test Gestáltico Visomotor. Usos y Aplicaciones Clínicas. Paidós. Buenos Aires.

Bennet, D.S.; Pendley, J.Sh. y Bates, J.E. (1997). Daughter and Mother Report of Individual Symptoms on the Children's Depression Inventory. Journal of Adolescent Health. Vol 20, págs 51-57.

Bergès, J. (1988). El Tono y la Motricidad en el Examen del Niño. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici, S., y col. Vol II, Cap. IX, págs 139-162. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Bernstein, D.P.; Cohen, P.: Skodol, A.; Bezirganian, S.; Brook, J.S. (1996). Childhood Antecedents of Adolescent Personality Disorders. American Journal of Psychiatry, Vol 153, Nº7, Julio. págs. 907-913.

Bernstein, D.P.; Cohen, P.: Velez, N.C.; Schwab-Stone, M.; Siever, L.J.;Shinsato, L. (1993). Prevalence and Stability of the DSM-III-R Personality Disorders in

a Community-Based Survey of Adolescents. American Journal of Psychiatry, Vol 150, Nº8, Agosto. págs. 1237-1243.

Bigelow, D.A.; McFarland, B.H.; Olson, M.M. (1991). Quality of Life of Community Mental Health Program Clients: Validating a Measure. Community Mental Health Journal, Vol 27, Nº1, Febrero , págs 43-55.

Bird, H.R. (1996). Epidemiology of Childhood Disorders in a Cross-Cultural Context. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 37, Nº1, págs. 35-49.

Boston, M. (1989). In Search of a Methodology for Evaluating Psychoanalytic Psychotherapy with Children. Journal of Child Psychotherapy, Vol 15, Nº1, págs. 15-46.

Bonaminio, V. y Carratelli, T. (1988). La Psychothérapie Psychoanalytique Brève pour Enfants. Hipothèse pour un Modèle et Expérience Clinique à l'Age de Latence. Psychiatrie de l'Enfant, Vol 31, Nº2, págs. 375-412.

Boyle, M.H.; Offord, D.R.; Hofmann, H.G.; Catlin, G.P.; Byles, J.A.; Cadman, D.T.; Crawford, J.W.; Links, P.S.; Rae-Grant, N.I. y Szatmari, P. (1987). Ontario Child Health Study. I Methodology. Archives of General Psychiatry, Vol 44, Septiembre, págs 826-831.

Boyle, M.H.; Offord, D.R.; Racine, Y.; Sanford, M.; Szatmari, P.; Fleming, J.E. y Price-Munn, N. (1993a). Evaluation of Diagnostic Interview For Children and Adolescentes for Use in General Population Samples. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 21, Nª 4, págs. 663-681.

Boyle, M.H.; Offord, D.R.; Racine, Y.;Fleming, J.E.;Szatmari, P. y Sanford, M.(1993). Evaluation of Revised Ontario Child Health Study Scales. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 34, Nª 2, págs. 189-213.

Boyle, M.H.; Offord, D.R.; Racine, Y.;Fleming, J.E.;Szatmari, P. Silver, L.B. y Silver, B.J. (1983). Clinical Practice of Children and Adolescents Psychiatry. A Survey. The Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 22, Nº6, Noviembre, págs. 573- 579.

Brandenburg, N.A.; Friedman, R.M. y Silver, S.E. (1990). The Epidemiology of Childhood Psychiatric Disorders: Prevalence Findings from Recent Stdies. The Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 29, Nº1, Enero, págs. 76- 83.

Brusset, B. (1988). Entrevista Familiar y Anamnesis. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici, S., y col. Vol II, Cap.I, págs 21-32. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Burns, B.J. (1991). Mental Health Use by Adolescents in the 1970s, and 1980s. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 30, Nº1, págs. 144-150.

Burns, B.J.; Thompson, J.W. y Goldman, H.H. (1993). Initial Treatment Decisions by Level of Care for Youth in the Champus Tidewater Demonstration. Administration and Policy Mental Health, Vol 20, Nº4, Marzo, págs. 231-246.

Burns, R.C. y Kaufman, S.H. (1978). Los Dibujos Kinéticos de la Familia como Técnica Psicodiagnóstica. Paidós. Buenos Aires.

Bush, R.M.; Glenwick, D.S. y Stephens, M.A.P. (1986). Predictors of Psychotherapy Outcome for Children at a Community Mental Health Center. Journal of Clinical Psychology, Noviembre, Vol 42, Nº6, págs. 873-877.

Bush, R.M.; Stephens, M.A.P. y Glenwick, D.S. (1983). Evaluating Predictors of Outcome for Children in Psychotherapy. Trabajo presentado en la Annual Convention of The American Psychological Association, del 26-30 de Agosto. Anaheim. California.

Campos, R. y Huertas, R. (1998). Estado y Asistencia Psiquiátrica en España durante el Primer Tercio del Siglo XX. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol XVIII, Nº65, págs. 99-108.

Cantwell, D.P. (1996). Classification of Child and Adolescent Psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 37, Nº1, págs. 3-12.

Cantwell, D.P. y Baker, L. (1988). Issues in the Classification of Child and Adolescent Psychopathology. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 27, Nº5, Septiembre, págs. 521-533.

Cantwell, D.P. y Baker, L. (1989). Stability and Natural History of DSM-III Childhood Diagnoses. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 28, Nº5, Septiembre, págs. 691-700.

Carlson, G.A. (1993). Can We Validate Childhood Psychiatric Disorders in Adults?. American Journal of Psychiatry, Vol 150, Nº12, Diciembre, págs. 1763-1766.

Carrasco de la Peña, J.L. (1986). Bioestadística Básica. Conceptos, Fundamentos y Aplicación. Edición Personal. Madrid.

Casey, R.J. y Berman, J.S.. (1985). The Outcome of Psychotherapy with Children. Psychological Bulletin, Nº98, págs. 388-400.

Castillo, J.A.; Perez-Testor, S. y Aubareda, M. (1996). El Abandono de los Tratamientos Psicoterapéuticos. Revista de Clínica y Salud del Colegio Oficial de Psicólogos. Vol 7, Nº3, págs. 271-292.

Castillo, J.A. y Poch, J. (1991). La Efectividad de la Psicoterapia: Método y Resultados de la Investigación. Colección Navidad, Hogar del Libro. Barcelona.

Chiland, C. (1988). El Examen Psicológico. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici, S., y col. Vol II, Cap. IV, págs. 61-86. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Cohen, P.; Cohen, J.; Kasen, S.; Velez, C.N.; Hartmark, C.; Johnson, J.; Rojas, M.; Brook, J. y Streunig, E.L. (1993a). An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence, I: Age and Gender-Specific Prevalence. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol 34, Nº6, págs. 851-867.

Cohen, P.; Cohen, J.; Kasen, S.; Velez, C.N.; Hartmark, C.; Johnson, J.; Rojas, M.; Brook, J. y Streunig, E.L. (1993b). An Epidemiological Study of Disorders in Late Childhood and Adolescence, II: Persistence of Disorders. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol 34, Nº6, págs. 851-867.

Colegio Oficial de Psicólogos (1997). La Psicoterapia como Disciplina Psicológica. Papeles del Psicólogo, Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. Sección: La Junta Estatal Informa. Época III, Nº67, págs 4-6.

Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1984). Documento de Política Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. (1985). Informe para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Commins, W.W. y Elias, M.J. (1991). Institutionalization of Mental Health Programs in Organizational Contexts: The Case of Elementary Schools. Journal of Community Psychology, Vol 19, July, págs. 207-220.

Consejería de Salud, (1991). Mapa Sanitario. Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid.

Cooper, P.J. y Goodyer, I. (1993). A Community Study of Depression in Adolescent Girls I: Estimates of Symptoms and Syndrome Prevalence. British Journal of Psychiatry, Vol 163, págs. 369-374.

Corrigan, P.W. (1990). Consumer Satisfaction with Institutional and Community Care. Community Mental Health Journal, Vol 26, Nº2, Abril, págs. 151-165.

Costello, A.; Edelbrock, C.; Kalas, R.; Kessler, M. y Klaric, S. (1984). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). Rockville, MD. National Institute for Mental Health. USA.

Costello, E.J. (1989). Developments in Child Psychiatric Epidemiology. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 28, Nº6, Noviembre, págs. 836-841.

Costello, E.J. (1989a). Child Psychiatric Disorders and their Correlates: A Primary Care Pediatric Sample. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 28, Nº8, págs. 851-855.

Costello, E.J.; Burns, B.J.; Angold, A. y Leaf, R. (1993). How can Epidemiology Improve Mental Health Services for Children and Adolescents?. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 32, Nº6, Noviembre, págs. 1106-1113.

Costello E.J. y Edelbrock, C.S. (1985). Detection of Psychiatric Disorders in Pediatric Primary Care.: A Preliminary Report. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 24, Nº6, Noviembre, págs. 771-774.

Costello, E.J.; Janiszewski, S. (1990). Who Gets Treated? Factors Associated with Referal in Children Psychiatry Disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol 81, págs. 523-529.

Cowdry, R.W. y Jensen, P.S. (1995). Grading the Progress of Child and Adolescent Mental Health Research: NIMH Perspectives. Archives of General Psychiatry, Vol 52, Septiembre, págs 732-734.

Cummings, E.M. y Smith, D. (1993). The impact of Anger between Adults on Siblings' Emotions and Social Behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 34, Nº8, págs. 1425-1433.

Day, R.A. (1990). How to Write and Publish a Scientific Paper. The Oryx Press. Arizona.

De Karasu, T.B.; Kazdin, A.E. y Salman, A. (1995). Between the Past and Future of Psychotherapy Research. Archives of General Psychiatry. Vol 52, Septiembre, Págs 642-644.

Díaz González, R. e Hidalgo Rodrigo, I. (1995). Plan de Gestión e Integración de un Servicio de Psiquiatría en un Área de Salud. Beecham. Madrid.

Diatkine, R. (1982). Propos d'un Psychanalyste sur les Psychothérapies d'Enfants. Psychiatrie de l'Enfant. Vol 25, Nº1, págs 151-177.

Diatkine, R. (1988). El Lugar del Examen del Lenguaje en el Examen. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici, S., y col. Vol II, Cap. VIII, págs. 133-138. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Diputación de Madrid (1983). Salud Comunitaria: Salud Escolar. Delegación de Salud Pública. Enero-Febrero. Madrid.

Dirección Provincial del INSALUD. (1991). Diagnóstico de Salud. Área X. INSALUD. Madrid.

Dirección Provincial del INSALUD. (1993). Evaluación del Plan de Salud Mental y de la Calidad de sus Servicios. Área X. INSALUD. Madrid.

Dolto, F. (1971). Le Cas Dominique. Éditions de Seuil. Paris.

Dolto, F. (1986). La Imagen Inconsciente del Cuerpo. Paidós. Buenos Aires.

Dolto, F. (1990). Sexualidad Femenina. Paidós. Buenos Aires.

Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, Health Administration Press. Minnesota.

Donaldson, G. (1996). Between Practice and Theory: Melanie Klein, Anna Freud and the Development of Child Analysis. Journal of the History of the Behavioral Sciences, Vol 32, Abril, págs. 160-176.

Dunn, G. (1994). Statistical Methods for Measuring Outcomes. Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Vol 29, págs. 198-204.

Edelson, M. (1986). Casual Explanation in Science and in Psychoanalysis: Implications for Writing A Case Study. Psychoanalytic Study of the Child, Vol 41, págs. 89-128.

Epi Info (1996). Epidemiología con Microordenadores. Versión 6 en Español. Junta de Andalucía. Sevilla.

Escudero, C. (1997). Tesis Doctoral (en preparación). U.C.M. Madrid.

Escudero, C. (1998). La Evaluación de la Transferencia a través de la Versión Revisada del TCCR y su Aplicación a los Niños, Ficha Temática 5. En Ávila Espada y Poch. La Investigación en Psicoterapia: LA Contribución Psicoanalítica. Paidós. Barcelona.

Escudero, C.; García-Villanova, F. y Rico, P. (1991). El Proceso de Recepción-Evaluación desde un Programa de Salud Mental Infantil. Revista Papeles de Psicólogo. Colaboraciones. C.O.P.. Época II. Nº49, págs. 76-77. Madrid.

Escudero, C. y Navarro, A. (1994). El Concepto de Gravedad en Salud Mental Infantil: Aspectos Clínicos e Interinstitucionales. Revista de Clínica y Salud del Colegio Oficial de Psicólogos. Vol 5, Nº3 , págs. 273-280.

Ezpeleta, L.; de la Osa, N.; Domenech, J.M.; Navarro, J.B. y Losilla, J.M. (1995). La Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revisada (DICA-R). Acuerdo Diagnóstico entre Niños/Adolescentes y sus Padres. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, Vol 22, Nº6, págs. 153-163.

Feijó, R.B.; Saueressig, M.; Salazar, C. y Chaves, M.L.F. (1997). Mental Health Screenig by Self-Report Questionnaire among Community Adolescents in Southern Brazil. Journal of Adolescent Health. Vol 20, págs. 232-237.

Fisher, P.; Wicks, J.; Shaffer, D.; Piacentini, J. y Lapkin, J. (1992). NIMH Diagnostic Interview Schedle for Children, Version 2.3. Users Manual. New York State Psychiatric Institute. New York.

Fink, L.A.; Bernstein, D.; Handelsman, L.; Foote, J. y Levejoy, B.A. (1995). Initial Reliability and Validity of the Chilhood Trauma Interview: A New Multidimensional Measure of Childhood Interpersonal Trauma. American Journal of Psychiatry, Vol 152, Nº9, Septiembre, págs. 316-328.

Flórez Lozano, J.A.; Valdéz Sánchez, C.; González Gutiérrez, J.; Gutiérrez Suárez, A.I.; Pérez Fernández, M.; Hurtado Álvarez, P. y Álvarez Fernández, F. (1990a). Instrumentos Terapéuticos para el Cuidado Psicológico de Niño en el Hospital (I parte). Acta Pediátrica Española, Vol 48, Nº10, págs. 476-480.

Flórez Lozano, J.A.; Valdéz Sánchez, C.; González Gutiérrez, J.; Gutiérrez Suárez, A.I.; Pérez Fernández, M.; Hurtado Álvarez, P. y Álvarez Fernández, F. (1990b). Instrumentos Terapéuticos para el Cuidado Psicológico de Niño en el Hospital (II parte). Acta Pediátrica Española, Vol 48, Nº10, págs. 481-490.

Fonagy, P. y Moran, G.S. (1990). Studies on the Efficacy of Child Psychoanalysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 58, Nº6, págs. 684-695.

Fonagy, P. y Targert, M. (1994). The Efficacy of Psychoanalysis for Children with Disruptive Disorders. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol 31, Nº1, Enero, págs. 1994.

Freedman, A. (1982). Tratado de Psiquiatría. Vol I. págs. 823-827, 2847. Ed. Salvat. Barcelona.

Freud, A. (1973). Normalidad y Patología en la Niñez. Paidós. Buenos Aires.

Freud, S. (1988). Tres Ensayos para de Teoría Sexual. (1905). Obras Completas. Tomo VII. Amorrotu Editores. Buenos Aires.

Freud, S. (1988). Análisis de la Fobia de un Niño de Cinco Años. {1909}. Obras Completas. Tomo X. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Freud, S. (1988). Las Perspectivas Futuras de la Terapia Psicoanalítica. {1910}. Obras Completas. Tomo XI. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Freud, S. (1988). Trabajos sobre Técnica Psicoanalítica. (1911- 1915). Obras Completas. Tomo XII. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Freud, S. (1988). De la Historia de una Neurosis Infantil. {1918 [1914]}. Aires. Obras Completas. Tomo XVII. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Freud, S. (1988). Nuevos Caminos de la Terapia Psicoanalítica. (1919). Obras Completas. Tomo XVII. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Freud, S. (1988). Análisis Terminable e Interminable. (1937). Obras Completas. Tomo XXIII. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Freud, S. (1988). Construcciones en el Análisis. (1937). Obras Completas. Tomo XXIII. Amorrortu Editores. Buenos Aires.

Friedman, R.M. y Kutash, K. (1992). Challenges for Child and Adolescent Mental Health. Health Affairs, Nº1, Otoño, págs 125-136.

Gabel, S. y Bemporad, J. (1994). An Expanded Concept of Countertransference. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 33, Nº1, Enero, págs. 140-141.

García-Villanova, F. (1984). Acerca de la Psicoprofilaxis en Estomatología. Clínica y Análisis Grupal, Vol 8, Nº34, págs. 26-440.

García-Villanova, F. (1988). El Sesgo del Grupo y la Institución en la Demanda Infantil. Libro de Ponencias de las I Jornadas Internacionales de Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia. Junio, págs. 265-272. Madrid.

García-Villanova, F. (1990). Reflexiones sobre las Relaciones Interinstitucionales en el Marco de la Salud Mental Infanto-Juvenil. Libro de Ponencias II

Jornadas Internacionales de Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia. Octubre, págs. 144-150. Madrid.

García-Villanova, F. (1998). Historia y Tendencias de la Investigación en Psicoterapia de Niños y Adolescentes. En: Ávila Espada y Poch. Investigación en Psicoterapia: La Contribución Psicoanalítica. Paidós, Barcelona.

García-Villanova, F. y Escudero, C. (1985). La Intervención Institucional en el Marco Comunitario (I). Primer Premio Clínica y Análisis Grupal. Clínica y Análisis Grupal, Vol 10, Nº39. págs 94-114.

García-Villanova, F. y Escudero, C. (1985). La Intervención Institucional en el Marco Comunitario (y II). Primer Premio Clínica y Análisis Grupal. Clínica y Análisis Grupal, Vol 10, Nº40. págs 314-329.

García-Villanova, F. y Escudero, C. (1989). El Proceso de Evaluación en Salud Mental Infantil. Libro de Resumenes del Simposium Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Granada.

García-Villanova, F.; Escudero, C. y Sanchez, A. (1997). Análisis de los Programas de Salud Mental de Niños y Adolescentes en la Comunidad de Madrid. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol 1, Nº3, págs. 233-240.

García-Villanova, F.; Escudero, C.; Sánchez, A.; Ortiz, A. y de la Mata, Y. (1996). Adolescentes Graves de Difícil ratamiento Ambulatorio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 16, Nº60, Oct.-Dic. págs. 597-606.

García-Villanova, F.; Gasparino, A. (1996). Estudio Psicoanalítico de la Metamorfosis de Narciso. Revista de Clínica y Análisis Grupal, Vol 18 (2), Nº72, págs. 193-214.

Garrison, C.Z.; Jackson, K.L.; Addy, C.L.; McKeown, R.E. y Waller, J.L. (1991). Suicidal Behaviors in Young Adolescents. American Journal of Epidemiology, Vol 133, Nº10, págs. 1005-1014.

Gask, L.; Sibbad, B. y Creed, F. (1997). Evaluating Models of Working at the Interface between Mental Health Services and Primary Care. British Journal of Psychiatry. Vol 170, págs. 6-11.

Gelder, M. (1988). Oxford TextbooK of Psychiatry. Cap. 2, págs. 37-74. Oxford University Press. Oxford.

Gjerdingen, D.K. y Froberg, D.G. (1991). The Measure of Health in New Mothers: A Factor Analysis of Physical and Mental Health Variables. Women & Health, Vol 17, Nº2, págs. 119- 134.

Glasser, A.J. y Zimmerman, I.L. (1972). Interpretación Clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños. TEA Ediciones. Madrid.

Golber, D. y Huxley, P. (1990). Enfermedad Mental en la Comunidad. Ediciones Nieva. Madrid.

Gómez-Beneyto, M.; Bonet, A.; Catalá, M.A.; Puche, E. y Vila, V. (1994). Prevalence of Mental Disorders among Children in Valencia, Spain. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol 89, págs. 352-357.

González-Kirchner, J.P. (1992). Sexo y Parentesco: su Papel en la Organización Social de los Primates. Clínica y Análisis Grupal, Vol 14 (1), Nº59, págs. 109-119.

Goodyer, I. y Cooper, P.J. (1993). A Community Study of Depression in Adolescent Girls II: The Clinical features of identified Disorder. British Journal of Psychiatry, Vol 163, págs. 374-380.

Gould, M.S.; Shaffer, D. y Kaplan, D. (1985). The Characteristics of Dropouts from a Child Psychiatry Clinic. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 24, págs. 316-328.

Gribble, P.A.; Cowen, E.L.; Wyman, P.A.; Work, W.C.; Wannon, M. y Raoof, A. (1993). Parent and Child Views of Parent-Child Relationship Qualities and Resilient Outcomes Among Urban Children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 34, Nº4, págs. 507-519.

Grünbaum, A. (1986). Precis of the Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical critique, with Commentary. Behavioral and Brain Sciences, Vol 9, págs. 217-284.

Guia de Centros de Salud Mental, (1982). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

Hammer, E.F. (1992). Tests Proyectivos Gráficos. Paidós. México.

Handyside, L. y Heyman, B. (1990). Community Mental Health Care: Clients' Perceptions of Services and an Evaluation of a Voluntary Agency Support

Scheme. The International Journal of Social Psychiatry, Vol 36, Nº4, págs. 280-290.

Hansson, L. y Berlung, M. (1987). Factors Influencing Treatment Outcome and Patient Satisfaction in a Short Term Psychiatric Ward. A Path Analysis Study of the Importance of Patient Involvement in Treatment Planning. European Archives of Psychiatry and Neurological Science, Nº 236, págs. 269-275.

Heinicke, C.M. (1990). Toward Generic Principles of Treating Parents and Children: Integrating Psychotherapy with the School-Aged Children and Early Family Intervention. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 58, Nº6, págs. 713-719.

Heinicke, C.M. y Ramsey-Klee, D.M. (1986). Outcome of Child Psychotherapy as a Function of Frecuency of Session. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 25, Nº2, págs 247-253.

Herrero Rodriguez, M. (1992). El Niño como Sujeto y Objeto de la Demanda Psicoterapéutica: Implicaciones Teóricas y Clínicas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 12, Nº41, Abril-Junio, págs. 130-136.

Holmes, J. (1995). Supportive Psychotherapy: the Search for Positive Meanings. British Journal of Psychiatry, Vol 167, págs. 439-445.

Houzel, D. (1988). El Examen Psiquiátrico. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici, S., y col. Vol II, Cap. VI, págs. 95-110. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Houzel, D. (1988). Trabajo de Equipo, Estrategia de Decisiones y sesiones Clínicas. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici, S., y col. Vol II, Cap. XI, págs. 189-204. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Huang, M.P. y Alessi, N.E. (1996). The Internet and the Future of Psyquiatry. American Journal of Psychiatry, Vol 153, Nº7, Julio, págs. 861-869.

Huertas, R. (1992). Del Manicomio a la Salud Mental. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid.

Informes Técnicos 698, (1984). Atención de Salud Mental en los Paises de Desarrollo: Análisis Crítico de los Resultados de la Investigación. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

INSALUD, (1991). Diagnóstico de Salud: Área 10. INSALUD. Madrid.

Jaffa, T. (1995). Adolescents Psychiatry Services. British Journal of Psychiatry. Nº166, págs 306-310.

Jalenques, I. y Coudert, A.J. (1994). Epidemiología de los Trassxtornos por Ansiedad en la Infancia. European Psychiatry (Edición Española), Vol 8, Nº4, Enero-Febrero, págs 179-191.

Jammet, P.; Brechon, G.; Payan, Ch.; Gorge, A. y Fermanian, J. (1991). Le Devenir de l'Anorexie Mentale: Una Étude Prospective de 129 Patients Évalués au Moins 4 Ans après leur Première Admission. Psychiatrie de l'Enfant. Vol 34, Nº2, págs. 381-442.

Janca, A., Üstün, T.B., Early, T.S. y Sartorius, N. (1993). The ICD-10 Symptom Cheklist: A Companion to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Nº18, págs. 239- 242.

Jerrell, J.M. y DiPasquale, S.A. (1984). Staffing Patterns in Rural Health Service for Children and adolescents. Community Mental Health Journal, Vol 20, págs. 212-222.

Junta de Castilla y León, (1986). Salud Mental Infanto-Juvenil. Informe y Recomendaciones del Comité de Espertos en Salud Mental Infanto-Juvenil. Serie informes, Nº4. Consejería de Bienestar Social, Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1989). Tratado de Psiquiatría. Tomo II. Cap. 33, págs. 1615-1619 y cap. 40, págs. 1802-1803. Salvat Editores S.A.. Barcelona.

Kashani, J.H.; Orvaschel, H.; Rosenberg, T.K. y Reid, J.C. (1989). Psychopathology in a Community Sample of Children and Adolescents: A Developmental Perspective. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 28, Nº5, Septiembre, págs. 701-706.

Kazdin, A.E. (1983). Single-Case Research Designs in Clinical Child Psychiatry. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 22, Nº5, Septiembre, págs. 423-432.

Kazdin, A.E. (1990). Psychotherapy for Children and Adolescents. Annual Review of Psychology, Vol 41, Nº1, págs. 21-54.

Kazdin, A.E. (1991). Effectiveness of Psychotherapy with Children and Adolescents. Journal of Consulting Psychology, Vol 59, Nº6, págs. 785-798.

Kazdin, A.E.; Bass, D.; Ayers, W.A. y Rodgers A. (1990). Empirical and Clinical Focus of Child and Adolescent Psychotherapy Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 58, Nº6, págs. 729-740.

Kazdin, A.E.; Esveldt-Dawson, K., Unis, A.S. y Rancurello, M.D. (1983). Child and Parent Evaluations of Depression and Agression in Psychiatric Inpatient Children Children. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 11, Nº3, págs. 401-413.

Kazdin, A.E.; Siegel, T.C. y Bass, D. (1990). Drawing on Clinical Practice to Inform Research on Child and Adolescent Psychotherapy: Survey of Practitioners. Professional Psychology Research and Practice, Vol 21, Nº3, págs. 189-198.

Kennedy, H. y Moran, G. (1991). Reflections on the Aim of Child Analysis. Psychoanalytic Study of the Child, Vol 46, págs.

Kernberg, O.F. (1996). Thirty Methods to Destroy the Creativity of Psychoanalytic Candidates. International Journal of Psycho-analysis, Vol 77, págs. 1031-1040.

Kernberg, P.F. (1992). Discussion of "A Reevaluation of Estimates of Child Therapy Effectiveness". Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 31, Nº4, Julio, pág. 710.

Kiser, L.J.; Millsap, P.A.; Hickerson, M.S.; Heston, J.D.; Nunn, W.; Pritt, D.B. y Rohr, M. (1996). Results of Treatment One Year Later: Child and Adolescent Partial Hospitalization. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 35, Nº1, Enero, págs. 81-90.

Klein, M. (1983). El Papel de la Escuela en el Desarrollo Libidinoso del Niño. {1923}. En: Psicoanálisis del Desarrollo Temprano. Paidós Hormé. Buenos Aires.

Klein, M. (1983a). El Desarrollo de un Niño. {1921}. En: Psicoanálisis del Desarrollo Temprano. Paidós Hormé. Buenos Aires.

Klein, M. (1983b). El Desarrollo Temprano de la Conciencia en el Niño. {1933}. En: Psicoanálisis del Desarrollo Temprano. Paidós Hormé. Buenos Aires.

Knapp, M. (1997). Economic Evaluations and Interventions for Children and Adolescents with Mental Health Problems. Journal of Chils Psychology ans Psychiatry, Vol 38, Nº1, págs. 3-25.

Kourani, R.F.C.; Garber, J. y Tornusciolo, G. (1990). Improving First Appointment Attendance Rates in Child Psychiatry OutPatient Clinics. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 29, Nº4, Julio, págs. 657-660.

Kreisler, L. (1984). Problémes Spécifiques de la Classification en Psychiatrie dans le Premier Âge. Propositions Nosographiques Nouvelles. Confrontations Psychiatriques, Nº24, págs. 221-250.

Kreisler, L. (1988). El Examen Médico. En: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici, S., y col. Vol II, Cap. V, págs. 87-95. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Kumpulainen, K.; Räsänen, E. y Henttonen, I. (1997). The Persistence of Psychiatric Disturbance among Children. Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Vol 32, págs. 113-122.

Lacan, J. (1938). La Famille. Encyclopédie Française, A. de Monzie. Paris.

Lebow, J. (1982). Consumer Satisfaction with Mental Health Treatment. Psychological Bulletin, Nº91, págs. 244-259.

Lebow, J. (1983). Research Assessing Consumer Satisfaction with Mental Health Treatment: A Review of Findings. Evaluation and Program Planing, Nº6, págs. 211-236.

Lebow, J. (1984). Assessing Consumers Satisfaction in Mental Health Treatment Settings: A Guide for the Administrator. Administration in Mental Health, Vol 12, Nº1, Otoño.

Leckman, J.F.; Elliot, G.R.; Bormeth, E.J. y otros. (1995). Report on the National Plan for Research on Child and Adolescent Mental Disorders: The Midway Point. Archives of General Psychiatry, Vol 52, Septiembre, págs 715-723.

Lemos Giráldez. S. (1997). Estructura Factorial del YSR en un Muestra de Adolescentes. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Libro de Resúmenes, págs. 83-84. Abril, Madrid.

Levitt, E.E. (1957). *The Results of Psychotherapy with Children: An Evaluation.* Journal of Consulting Psychology, Vol 21, págs. 186-189.

Levitt, E.E. (1971). Research on Psychotherapy with Children. En Bergin, A.E. y Garfield, S. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley. New York.

Levois, M.; Nguyen, T. y Attkinsson, C. (1981). Artifacts in Satisfaction *Assessment: Experience in Community Mental Health Settings.* Evaluation and Program Planing, Nº4, págs. 139-150.

Lewis, G.; Pelosi, A.J.; Araya, R. y Dunn, G. (1992). Measuring Psychiatric Disorder in the Community: A Standardized Assessment for Use by Lay Interviewers. Psychological Medicine, Vol 22, págs. 465-486.

Ley General de Sanidad. (1986). Ley 14/1986 de 25 de Abril. Capitulo III: De la Salud Mental. Boletín Oficial del Estado (BOE), Nº102, 29-04-1986. Madrid.

Looney, J.G. (1984). Data Sistems in Child Psychiatry: Present Status and Future Promise. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 23, Nº1 Enero, págs. 99-104.

Looney, J.G. (1984a). Treatment Plannig in Child Psychiatry. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 23, Nº5 Septiembre, págs. 529-536.

López Álvarez, M. (1983). Epidemiología y Psiquiatría Comunitaria. La Reforma del Psiquiátrico Provincial de Madrid. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 3, Nº8, Sept-Dic. págs. 4-34.

López Soler, C. (1996). La Depresión como Síndrome Empírico en Psicología Infanto-Juvenil. Trabajo presentado en las IV Jornadas de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 17, Nº62, págs. 378.

López Soler, C.; Cortegano, M.C. y Murcia, L. (1997). Psicopatología y Rasgos de Personalidad en una Muestra Clínica de Niños Evaluados Mediante una Adaptación del CBCL y los Cuestionaros Infantiles de Catell. Trabajo presentado en el Y Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Libro de Resúmenes, págs. 80-81. Abril, Madrid.

Luborsky,L. (1984). Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment. Basic Books, Inc., Publishers. New York.

Luborsky. L. (1990). Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Them Method. Basic Books. New York.

MacDonald, L.D.; Ochera, J.A.; Leibowitz, J.A. y McLean, E.K. (1990). Community Mental Health Services from the User's Perspective: An Evaluation of the Doddington Edward Wilson (DEW) Mental Health Service. The International Journal of Social Psychiatry, Vol 36, Nº3, págs. 183-193.

MacLean, G. y Rappen, U. (1991). Hermine Hug-Hellmuth. Her Life and Work. Routledge. Londres.

Maganto Mateo, C. (1997). Precursores de los Trastornos de Personalidad en la Infancia. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Española

de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Addenda al Libro de Resúmenes, págs. 5-6. Abril, Madrid.

Mahler, M.S. (1975). The Psichological Birth of the Human Infant. Basic Books, Inc. New York.

Malik, N.M., Furman, W. (1993). Practitioner Review: Problems in Children's Peer Relations: What Can the Clinician Do?. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 34, Nº8, págs. 1303-1326.

Mannoni, M. (1979). El Niño su Enfermedad y los Otros. Nueva Visión. Buenos Aires.

Mardomingo, M.J. y Flores Mateos, A. (1993). Acontecimientos vitales y Procesos Patológicos en la Infancia. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, Nº16, págs. 142-146.

Mazet, Ph y Houzel, D. (1981). Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Volumen I. Ed. Médica y Técnica. Barcelona.

Mazet, PH. y Sibertin-Blanc, D. (1982). L'Examen Psychiatrique de l'Enfant. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris.

McCarthy, P.R., Gelber, S. y Dugger, D.E. (1993). Outcome Measurement to Outcome Manegement:The Critical Step. Administration and Policy in Mental Health, Vol 21, Nº1, págs. 59-68.

McConaughy, S.H. y Achenbach, T.M. (1994). Comorbidity of Empirically Based Syndromes in Matched General Population and Clinical Samples. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 35, Nº6, págs. 1141-1157.

McDermott, J.F. (1984). Psychotherapy with Children and Adolescents. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 23, Nº5, Septiembre, págs. 527-528.

McDermott, J.F. y Char, W.F. (1984). Stage-Related Models of Psychotherapy with Children. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 23, Nº5, Septiembre, págs. 537-543.

Meckel, S.A. y otros. (1989). Attachment-Based Therapeutic Preschool Curriculum: Program for Emotionally Handicapped and Severely Emotionally Disturbed Students. Pinellas County School Board, Clearwater, Florida U.S.A.. Trabajo presentado en la Convención Anual del Condado sobre el tema: Exceptional Children, Abril. San Francisco, California. U.S.A.

Menahem, S.; Lipton, G.L. y Caplan, G. (1981). The Psychologically Oriented Pediatrician and the Provision of Psychoanalytic Psychotherapy. Child Psychiatry and Human Development, Vol 12, Nº2, Invierno, págs. 67-81.

Mira, J.J.; Fernández-Galino, E.; Lorenzo, S. (1997). Assessing the Impact of Mental Health Programs upon Community: the Perspectives of Primary Caregivers and Consumers. International Journal of Quality in Health Care. Vol 9, Nº2, págs. 121-128.

Misès, R., Fortineau, J., Jeammet, Ph., Lang, J., Mazet, Ph., Plantade, A. y Quémada, N. (1988). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et l'Adolescent. Psychiatrie de l'Enfant, Vol 31, Nº1, págs. 67-134.

Moran, G.; Fonagy, P.; Kurtz, A.; Bolton, A. y Brook, C. (1991). A Controled Study of the Psychoanalytic Treatment of Brittle Diabetes. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 30, Nº6, Noviembre, págs. 926-935.

Mordock, J.B. (1993). Hidden Cost of Children's Outpatient Mental Health Services: Lessons from New York State. Administration and Policy in Mental Health, Vol 20, Nº4, págs. 215-229.

Mousset, M-R. (1988). El Examen del Lenguaje. In. en: Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Lebovici, S., y col. Vol II, Cap. VII, págs. 111-132. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid.

Munir, K. y Earls, F. (1992). Principles Governing Research in Child and Adolescent Psychiatry. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 31, Nº3, págs. 408-414.

Muñoz, P.E. y Calvé, A. (1983). La Reforma de la Salud Mental en Madrid (1). El Modelo del Instituto de la Salud Mental de Madrid (INSAM). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 3, Nº7, Mayo-Agosto, págs. 62-75.

Muñoz, P.E.; Prieto-Moreno L. y Corcés, V. (1983). La Reforma de la Salud Mental en Madrid (2). La Reforma del Psiquiátrico Provincial de Madrid. Revista de

la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 3, Nº8, Sept-Dic., págs. 74-89.

Offer, D.; Howard, K.I.; Schonert, K.A. y Ostrov, E. (1991). To Whom Do Adolescents Turn for Help? Differences between Disturbed and Nondisturbed Adolescents. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 30, Nº4, Julio, págs. 623-630.

Offord, D.R.; Boyle, M.H.; Fleming, J.E.; Blum, H.M. y Rae- Grant, N.I. (1989). Ontario Child Health Study. Summary of Selected Results. Canadian Journal of Psychiatry, Vol 34, Agosto, págs. 483-491.

Offord, D.R.; Boyle, M.H.; Racine, Y.A.; Fleming, J.E.; Cadman, D.T.; Blum, H.M.; Byrne, C.; Links, P.S.; Lipman, E.L.; McMillan, H.L.; Rae-Grant, N.I.; Sanford, M.N.; Szatmari, P.; Thomas, H. y Woodward, C.A. (1992). Outcome, Prognosis and Risk in a Longitudinal Follow-up Study. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 31, Nº5, Septiembre, págs. 916-923.

Offord, D.R.; Boyle, M.H.; Szatmari, P.; Rae-Grant, N.I.; Links, P.S.; Cadman, D.T.; Byles,J.A.; Crawford, J.W.; Blum, H.M.; Thomas, H. y Woodward, C.A. (1987). Ontario Child Health Study. Six-Month Prevalence of Disorders and Rates of Service Utilization. Archives of General Psychiatry, Vol 44, Septiembre, págs 832-836.

Okasha, A., Sadek, A., Al-Haddad, M.K. y Abdl-Mawgoud, M. (1993). Diagnostic Agreement in Psychiatry. A Comparative Study Between ICD-), ICD-10 and DSM-III-R. British Journal of Psychiatry, Nº162, págs 621-626.

Olabarría, B. (1983). La Salud Mental en la Atención Primaria. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 3, Nº7, Mayo-Agosto, págs. 56-61.

Oliver, J.E. (1993). Intergenerational Transmission of Child Abuse: Rates, Research y Clinical Implications. American Journal of Psychiatry, Vol 150, Nº9, Septiembre. págs. 1315-1324.

Olfson, M.; Klerman, G.L. y Pincus, H.A. (1993). The Roles of Psychiatrists in Organized Outpatient Mental Health Settings. American Journal of Psychiatry, Vol 150, Nº4, Abril. págs. 625-631.

Orvaschel, M. y Puig-Antich, J. (1987). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children. Epidemiological Version. 4ª Edición.

Padgett, D.K.; Patrick, C.; Schlesinger, H.J. y Burns, B.J. (1993). Linking Phisical and Mental Health: Comparing Users and Non-Users of Mental Health Services in Medical Utilization. Administration and Policy in Mental Health, Vol 20, Nº 5, Mayo págs. 325-341.

Paul, G.L. (1967). Outcome Research in Psychotherapy. Journal of Consulting Psychology, Vol 31, págs. 109-118.

Pedreira, J.L. (1998). Bioética en la Investigación en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia: Fundamentos, Condiciones y Consentimiento Informado. Anales de Psiquiatría. Vol 14, Nº1, págs. 30-42.

Pedreira, J.L.; Alcazar, J.L.; Gastaminza, X.; Mardomingo, M.J.; Rodriguez-Sacristán, J. y Tomás, J. (1996). Documento de Acreditación Específica de Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia: Una Propuesta para España. Ediciones SmithKline-Beecham. Madrid.

Pedreira, J.L. y Rincón, F. (1989). La Clasificación de los Trastornos en Psiquiatría Infantil: Comparación de los Sistemas más Frecuentes. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquitría y Ciencias Afines, Vol 17, 2ª Etapa, Nº6, págs. 407-416.

Phillips, R.D. (1987). A Primer Conducting Child Psychotherapy Outcome Research. Psychotherapy, Vol 24.

Pine, F. (1985). Developmental Theory and Clinical Process. Yale University Press. New Haven and London.

Pottick, K.; Hansell, S.; Gutterman, E. y White, H.R. (1995). Factors Associated with Impatient and Outpatient Treatment for Children and Adolescents with Serious Mental Illness. Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry. Vol 34, Nº4, Abril, págs. 425-433.

Rafferty, F.T. (1992). The Impact of Public Policy on Services for Adolescents. Hospital and Community Psychiatry, Vol 43, Nº6, Junio, págs. 637-639.

Reneses, B. (1996). Jornadas Internacionales sobre La Organización de Servicios de Salud Mental en la Gran Ciudad, Viceconsejería de Sanidad, Servicio Regional de Salud, Comisión de Docencia. Comunidad Autónoma de Madrid.

Reneses, B. y García-Solano, F. (1997). Necesidad de Criterios Específicos para la Oferta de Psicoterapia Psicoanalítica desde los Servicios Públicos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 17, Nº63, Jul-Sept, págs. 411-422.

Raynault, M-F. y Borgeat, F. (1994). La Perception des Menaces Environnementales par les Enfants et les Adolescents. Revue Canadienne de Santé Publique, Vol 85, Nº1, págs 56-58.

Reich, W. y Earls, F. (1987). Rules for Making Psychiatric Diagnoses in Children on the Basis of Multiple Sources of Information: Preliminary Strategies. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 15, Nº4, págs. 601-616.

Rey, J.M.; Starling, J.; Wever, C.; Dossetor, D.R. y Plapp, J.M. (1995). Inter-Rater Reliability of Global Assessment of Functioning in a Clinical Setting. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 36, Nº5, págs. 787-792.

Richards H. y Goodman, R. (1996). Are only Children Different?. A Study of Child PsychiatricReferals. A Research Note. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 37, Nº6, Septiembre, págs. 755-758.

Robertson, M. y Tyrer, P. (1995). Peer Review of "Supportive Psychotherapy". British Journal of Psychiatry, Vol 167, págs. 446-447.

Rosenfelt, A.A. (1995). Child and Adolescent Mental Disorders Research: Current Directions, Future Needs. Archives of General Psychiatry, Vol 52, Septiembre, págs 729-731.

Rosenheck, R.; Neale, M. y Gallup, P. (1993). Community-Oriented Mental Health Care: Assessing Diversity in Clinical Practice. Psychosocial Rehabilitation Journal, Vol 16, Nº4, Abril, págs. 39-50.

Roth, A. y Fonagy, P. (1996). What Works for Whom?. A Critical Review of Psychotherapy Research. The Guilford Press. New York.

Rubín Álvarez, C. (1990). La Ansiedad en Niños y Adolescentes. Servicio Científico de ROCHE. Madrid.

Rubio-Stipec, M.; Bird, H.; Canino, G. y Gould, M. (1990). The Internal Consistency and Concurrent Validity of A Spanish Translation of the CBCL. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 18, Nª 4, págs. 393-406.

Rutter, M. (1988). Epidemiological Approaches to Developmental Psychopathology. Archives of General Psychiatry, Vol 45, págs. 486-495.

Rutter, M. (1989). Isle of Wight Revisited: Twenty-Five Years of Child Psychiatic Epidemiology. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 28, Nº5, Septiembre, págs. 633-653.

Rutter, M. (1995). Relationships between Mental Disorders in Childhood and Adulthood. Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol 91, págs. 73-85.

Rutter, M., Shaffer, D. y Shepherd, M. (1975). A Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders. World Health Organization. Genéve.

Salzer, M.S. (1996). Interpreting Outcomes Studies: Letters to Editor. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 35, Nº11, Noviembre, pág. 1419.

Sandberg, S.; Rutter, M.; Giles, S.; Owen, A.; Champion, L.; Nicholls, J.; Prior, V.; McGuinness, D. y Drinnan, D. (1993). Assessment of Psychological Experiences in Childhood: Methodological Issues and Some Illustrative Findings. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 34, Nº6, págs. 879-897.

Sardinero, E. y Pedreira-Massa, J.L. (1997). Epidemiología de los Trastornos Mentales de la Edad Escolar en Atención Primaria Muestra de Adolescentes. Trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP). Libro de Resúmenes, págs. 83-84. Abril, Madrid.

Sarraceno, B.; de Luca, L. y Montero, F. (1992). Problemas Metodológicos en la Evaluación de un Programa de Rehabilitación. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 12, Nº40, págs. 3-14.

Schneidman, E.S. (1951). Thematic Test Analysis. Grune and Stratton. New York.

Seisdedos, N. (1986). Test de Apercepción Temática. CAT-a, CAT-h y SAT. TEA Ediciones. Madrid.

Servicio Psicopedagógico Municipal de Getafe. (1983). Protocolo de entrevista para el "Estudio Psicopedagógico de un Niño". Documento de trabajo interno. Getafe, Madrid.

Servicio Regional de Salud (1989). Plan de Acciones en Salud Mental 1989-1991. Consejería de Salud, Comunidad de Madrid. Madrid.

Servicio Regional de Salud (1989a). Programas de los Servicios de Salud Mental. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Madrid.

Servicio Regional de Salud (1989b). Plan de Salud Mental. Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Madrid.

Servicio de Salud Mental (1996). Informaciones y Datos del Registro de Casos Psiquiátricos. Servicio Regional de Salud Consejería de Salud. Comunidad de Madrid. Madrid.

Servicios de Salud Mental del Distrito de Getafe (1986). Análisis de la Atención a la Infancia en el Distrito Sanitario de Getafe y Propuestas de Integración de Recursos para la Atención a la Salud Mental Infantil. Getafe. Madrid.

Servicios de Salud Mental del Distrito de Getafe (1994). Memoria 1993. Comunidad de Madrid. Getafe. Madrid.

Seva Diaz, A. (1993). La Calidad de la Asistencia Psiquiátrica y la Acreditación de sus Servicios. Inresa. Zaragoza.

Shaffer, D.; Gould, M.S. y Brasis, J. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Archives of General Psychiatry, Vol 40, Diciembre, págs. 1228-1231.

Shirk, S.R. y Russell, R.L. (1992). A Reevaluation of Estimates of Child Therapy Effectiveness. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 31, Nº4 Julio, págs. 703-709.

Silver, L.B. y Silver, B.J. (1983). Clinical Practice of Child Psychiatry: A Survey. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 22, Nº6 Noviembre, págs. 573-579.

Silvestre, M. Y otros. (1986). El Feminismo Estéril de Yerma. Clínica y Análisis Grupal, Vol 10, Nº41 Jul/Sept, págs. 360-375.

Sloves, R. y Peterlin, K.B. (1986). The Process of Time-Limited Psychotherapy with Latency-Aged Children. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 25, Nº6, Noviembre, págs. 847-851.

Stewhausen, H.C. y Radtke, B. (1986). Life Events and Child Pychiatric Disorders. Journal of The American Academy of Child Psychiatry, Vol 25, Nº1 Enero, págs. 125-129.

Stroul, B.A. y Friedman, R.M. (1986). A Sistem of Care for Severely Disturbed Children and Youth. Technical Assistance Center CASSP. Georgetown University Child Development Center. Washington DC.

Szapocznik, J.; Rio, A.; Murray, E.; Richardson, R.; Alonso, M. y (1987). A Psychodynamic Child Rating Scale Report. Research and Evaluative. University of Miami. Medical School. Miami.

Szapocznik, J.; Rio, A.; Richardson, R.; Alonso, M. y Murray, E. (1987a). The Psychodynamic Child Rating Scale: A Manual. University of Miami. Medical School. Miami.

Szapocznik, J.; Rio, A.; Richardson, R.; Alonso, M.; Murray, E. y Kurtines, K. (1993). Assessing Change in Child Psychodynamic Functioning in Treatment Outcome Studies: The Psychodynamic Child Ratings. Interamerican Journal of Psychology, Vol 27, Nº2, págs. 147-162.

Target, M. y Fonagy, P. (1994). Efficacy of Psychoanalysis for Children with Emotional Disorders. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Vol. 33, Nº3, Marzo, págs. 361-371.

Target, M. y Fonagy, P. (1996). The Psychological Treatment of Child and Adolescent Psychiatry Disorders. En: Roth, A. y Fonagy, P. What Works for Whom?. A Critical Review of Psychotherapy Research. The Guilford Press. New York.

Target, M. y Fonagy, P. (1997). Research on Intensive Psychotherapy with Children and Adolescents. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Vol 6, Nº1, Enero, págs. 39-51.

Thapar, A. y McGuffin, P. (1996). Genetic Influences on Life Events in Childhood. Psychological Medicine, Vol 26, págs. 813-820.

Thurber, S.; Snow, M. y Thurber, D. (1990). Psychometric Properties of the Child Evaluation Inventory. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 2, Nº2, págs. 206-208.

Tillett, R. (1996). Psychotherapy Assessment and Treatment Selection. British Journal of Psychiatry, Nº168, págs. 10-15.

Tizón García, J.L. (1988). Componentes Psicológicos de la Práctica Médica. Cap. 4, Pag.219-237. Ediciones Doyma. Barcelona.

Tizón, J.L. (1991). La Observación Terapéutica del Niño junto con su Madre en la Clínica Infantil. Clínica y Análisis Grupal, Vol 13 (3), Nº58, págs. 417-442.

Tizón, J.L. (1996). Notas sobre la Investigación y Formulación en la Atención a la Salud Mental en la Infancia. Clínica y Análisis Grupal, Vol 18 (2), Nº72, págs. 255-269.

Treiber, F.A. y Mabe III, P.A. (1987). Child and Parent Perceptions of Children's Psychopathology in Psychiatric Outpatient Children. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 15, Nº1, págs. 115-124.

Tuma, J.M. y Pratt, J.M. (1982). Clinical child Psychology Practice and Training: A Survey. Journal of Clinical Child Psychology, Vol 11, págs. 27-34.

Utrilla, M., Sánchez, A. y otros. (1991). El Psicodrama Psicoanalítico de un Niño Asmático. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.

Vazquez-Varquero, J.L.; Diez-Manrique, J.F.; y Peña, C. (1986). La Evaluación en Salud Mental: Aspectos Conceptuales y Metodológicos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Vol 6, Nº19, Oct-Dic, págs. 521-534.

Velez, C.N., Johnson, J. y Cohen, P. (1989). A Longitudinal Analysis of Selected Risk Factors for Chilhood Psychopathology. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 28, Nº6 Noviembre, págs. 861-864.

Verthelyi, R.F. de (1985). Interacción Y Proyecto Familiar: Evaluación Individual, Diádica y Grupal por medio del Test de la Familia Kinética Actual y Prospectiva. Gedisa. Barcelona.

Vikan, A. (1985). Psychiatric Epidemiology in a Sample of 1510 tenyear-old Children. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol 26, Nº1 Enero, págs. 55-75.

Viner, R. (1996). Melanie Klein and Anna Freud: The discourse of the Early Dispute. Journal of the History of the Behavioral Sciences, Vol 32, pgs. 4-14.

Volkmar, F.R. y Schwab-Stone, M. (1996). Annotation: Chilhood Disorders in DSM-IV. Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 37, Nº7, págs. 779-784.

Weiss, B.; Weisz, J.R. (1990). The Impact of Metodological Factors on Child Psychotherapy Outcome Research: A Meta- Analysis for Researchers. Journal of Abnormal Child Psychology, Vol 18, Nº6, págs. 639-670.

Weisz, J.R., Weiss, B. (1989). Assessing the Effects of Clinic-Based Psychotherapy with Children and Adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 57, págs 741-746.

Weisz, J.R., Weiss, B. Alicke, M.D. y Klotz, M. (1987). Effectiveness of Psychotherapy with Children and Adolescents: Meta-analytic Findings for Clinicians. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 55, págs 542-549.

Whitaker, A.; Johnson, J.; Shaffer, D.; Rapoport, J.L.; Kalikow, K.; Walsh, B.T.; Davies, M.; Braiman, S. y Dolinsky, A. (1990). Uncommon Troubles in Young People: Prevalence Estimates of Selected Psychiatric Disorders in a Nonreferred Adolescent Population. Archives of General Psychiatry, Vol 47, Mayo, págs. 487-496.

White, D y Mercier, C. (1991). Coordinating Community and Public-Institutional Mental Health Services: Some Unintended Consequences. Société de Sciences Medical, Vol 33, Nº6, págs. 729-739.

Williams, B. y Wilkinson, G. (1995). Patient Satisfaction in Mental Health Care. Evaluating an Evaluative Method. British Journal of Psychiatry, Vol 166, págs. 559-562.

Wilner, D.M. y Freeman, H.E. (1987). Success in Mental Health Treatment Interventions: A Review of 211 Random Assignment Studies. Journal of Social Service Research, Vol 8.

Winnicott, D.W. (1982). Realidad y Juego. Gedisa. Buenos Aires.

World Health Organization. (1992a). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disordes: Conversion Tables between ICD-8, ICD-9 and ICD-10. (WHO/MNH/92.16). Organization Mondiale de la Santé. Genéve.

World Health Organization. (1992b). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disordes: Clinical Descriptions and Diagnostic Guideline. Organization Mondiale de la Santé. Genéve.

World Health Organization. (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disordes: Diagnostic Criteria for Research. Organization Mondiale de la Santé. Genéve.

World Health Organization. (1993a). Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI). American Psychiatric Press. Washington DC.

Yeaton, W.H. y Wortman, P.M. (1993). On the Reliability of Meta-Analytic Reviews. Evaluation Review, Vol 17, Nº3, Junio, págs. 292-309.

Zeanah, C.H.; Boris, N.W. y Scheeringa, S.M. (1997). Psychopathology in Infancy. Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol 38, Nº1, págs. 81-99.

VI ANEXOS

PROTOCOLOS

VI ANEXOS

PROTOCOLOS

PROTOCOLO DE HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TERAPEUTA

3.- TEMPORALIZACIÓN

4.- EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA
- 4.1.- HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS
- 4.2.- PRUEBAS OBJETIVAS

5.- DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO
- 5.1.- DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO
- 5.2.- DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO
- 5.3.- PRONÓSTICO

I) 1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- Nombre
- Apellidos del paciente
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Raza
- Religión
- Régimen de filiación:
    - * Natural:
        - + Matrimonial ....
        - + No matrimonial:
            - - Reconocido ....
            - - No reconocido ....
    - * Adoptivo ....
    - * Acogimiento:
        - + Permanente ....
        - + Provisional ....
- Escolarización:
    - * Centro educativo:
        - + Nombre
        - + Privado ....
        - + Concertado ....
        - + Público ....

* Curso
* Adecuación curso/edad: SI... NO..

- Nombre del padre
- Edad
- Raza
- Religión
- Estado civil:
  * Soltero ....
  * Casado ....
  * Viudo ....
  * Divorciado ....
  * Separado ....
- Nivel de estudios:
  * Analfabeto ....
  * E. Primaria ....
  * E.G.B. ....
  * B.U.P. ....
  * F. Profesional ....
  * T. Grado Medio ....
  * T. Grado Superior ....
- Profesión

- Nombre de la madre
- Edad
- Raza
- Religión
- Estado civil:

* Soltera ....
* Casada ....
* Viuda ....
* Divorciada ....
* Separada ....

- Nivel de estudios:
  * Analfabeta ....
  * E. Primaria ....
  * E.G.B. ....
  * B.U.P. ....
  * F. Profesional ....
  * T. Grado Medio ....
  * T. Grado Superior ....
- Profesión
- Conviven: SI... NO...
- Tiempo

- Nombre de los hermanos/as
- Edades
- Escolarización:
  * Cursos
  * Centros educativos:
    + Privado ....
    + Concertado ....
    + Público ....
- Actividades profesionales
- Domicilio
- Población

- Teléfono

- Derivante (#)

(#) Sujeto o institución que valora y da curso a la derivación

* Profesional y/o institución
* Soporte:
  + Informe... + P-10... + Otros, indicar...
* Contenido literal

- Origen de la demanda (#):

(#) Sujeto o institución que solicita la intervención

* Familia ....
* Escuela ....
* Médico ....
* Institución ....
* Petición propia ....
* Otros ....

- Quien acude a las entrevistas:

Sujeto	1ª Ent.	2ª Ent.	3ª Ent.	4ª Ent.	5ª Ent
Padre					
Madre					
Pac.					

- Terapeuta asignado

- Días en lista de espera
- Fecha de comienzo del estudio
- Fecha de finalización del estudio

- Nº de entrevistas diagnósticas:
    * Padres
    * Paciente
- Material de juego: SI... NO...

- Encuadre terapéutico:
    * Modalidad
    * Nº de sesiones

    * Diagnostico:
        + DSM III-R
        + ICD 10

- Proceso psicoterapéutico:
    * Fecha de comienzo
    * Fecha de finalización
    * Seguimientos. Modalidad:
        + Fecha seguimiento 1º
        + Fecha seguimiento 2º

- Observaciones

2.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TERAPEUTA

- Nombre y apellidos
- Edad
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Profesión
- Fecha de finalización de la licenciatura
- Especialización académica:
    * Cursos
- Especialización no académica:
    * Supervisión (horas aproximadas)
    * Análisis didáctico (horas aproximadas)
- Tiempo de ejercicio profesional en niños y adolescentes
- Equipo o lugar de trabajo

- Observador: SI...

NO...

* Características

3.- TEMPORALIZACIÓN

- Recepción:
    * Entrevista para:
        + Recogida de datos de identificación
        + Citación y asignación de terapeuta
        + Encuadre institucional

- Exploración diagnóstica:
    * Entrevistas clínicas:
        + Padre-madre-paciente
        + Paciente
    * Historia clínica y anamnesis
    * Administración de pruebas objetivas:
        + Paciente

- Devolución diagnóstica:
    * Entrevista: A ó B (señalar)
        + A) Padre-madre-paciente
        + B) Paciente/padre-madre

- Proceso psicoterapéutico: a, b ó c (señalar)
    * a) Sesiones de psicoterapia
        + Semanales con el paciente
        + Entrevistas periódicas con los padres

* b) Sesiones de psicoterapia

+ Quincenales con padres y paciente

* c) Sesiones de psicoterapia

+ Quincenales con madre o padre e hijo

- Finalización de la psicoterapia: a, b ó c (señalar)

* a) Entrevista final con el paciente

Entrevista final con los padres

Administración de pruebas objetivas

* b) Entrevista final con padres y paciente

Administración de pruebas objetivas

* c) Entrevista final con madre o padre y paciente

Administración de pruebas objetivas

- *Seguimientos:*

* Primer seguimiento: 6 meses a, b, (señalar)

+ a) Entrevista con padre-madre-paciente

Administración de pruebas objetivas

+ b) Entrevista con padre o madre y paciente

Administración de pruebas objetivas

* Segundo seguimiento: 12 meses a, b, (señalar)

+ a) Entrevista con padre-madre-paciente

Administración de pruebas objetivas

+ b) Entrevista con padre o madre y paciente

Administración de pruebas objetivas

4.- EXPLORACIÓN DIAGNÓSTICA

4.1.- HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS

4.1.1.- HISTORIA DEL TRASTORNO

- Motivo de consulta:

    * De los padres:

        + Descripción del síntoma o problema

        + Conciencia de problema e imagen del mismo:

            ninguna ....

            escasa ....

            bastante ....

            mucha ....

Ninguna: inexistencia de reconocimiento de la importancia de los aspectos sintomáticos

Escasa: dificultad en el reconocimiento de la importancia de los aspectos sintomáticos

Bastante: explicación y reconocimiento de la importancia de los aspectos sintomáticos

Mucha: detallada explicación y reconocimiento de la importancia de los aspectos sintomáticos

        + Interferencia con la vida cotidiana:

            ninguna ....

            escasa ....

            bastante ....

            mucha ....

Ninguna: desarrolla correctamente todos los aspectos de su vida cotidiana

Escasa: desarrolla parcialmente aspectos de su vida cotidiana

Bastante: desarrolla con dificultad aspectos de su vida cotidiana

Mucha: no desarrolla los diferentes aspectos de su vida cotidiana

* Del paciente:

+ Descripción del síntoma o problema

+ Conciencia de problema e imagen del mismo:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna : inexistencia de reconocimiento de la importancia de los aspectos sintomáticos

Escasa: dificultad en el reconocimiento de la importancia de los aspectos sintomáticos

Bastante: explicación y reconocimiento de la importancia de los aspectos sintomáticos

Mucha: detallada explicación y reconocimiento de la importancia de los aspectos sintomáticos

+ Interferencia con la vida cotidiana:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna: desarrolla correctamente todos los aspectos de su vida cotidiana

Escasa: desarrolla parcialmente aspectos de su vida cotidiana

Bastante: desarrolla con dificultad aspectos de su vida cotidiana

Mucha: no desarrolla los diferentes aspectos de su vida cotidiana

- Historia de la enfermedad actual:

* Cuando se inicia: (especificar)

último año ....

2 años antes ....

3 años antes ....

más de 3 años ....

* Proceso de desarrollo
* Síntomas asociados

- Acciones llevadas a cabo para la solución del problema:
  * Cuales
  * Cuando: (especificar)

último año ....

2 años antes ....

3 años antes ....

más de 3 años ....

- Otros tratamientos previos o simultáneos:
  * Especialidad profesional
  * Cuales
  * Frecuencia y duración
  * Cuando:

último año ....

2 años antes ....

3 años antes ....

más de 3 años ....

- Exámenes, exploraciones e informes que se presentan
- Antecedentes personales del paciente:
  * Episodios sintomáticos anteriores no relacionados con la enfermedad actual

* Cuando: (especificar)

último año ....

2 años antes ....

3 años antes ....

más de 3 años ....

- Antecedentes familiares:

* Enfermedades psíquicas:

+ Familiar

+ Descripción

+ Circunstancias

+ Inicio:

último año ....

5 años antes ....

10 años antes ....

más de 10 años ....

+ Evolución:

muy desfavorable ....

desfavorable ....

favorable ....

muy favorable ....

Muy desfavorable: fallecimiento

Desfavorable: la enfermedad se mantiene

Favorable: la enfermedad está en remisión

Muy favorable: la enfermedad ha remitido

+ Remisión:

último año ....

5 años antes ....

10 años antes ....

más de 10 años ....

* Enfermedades físicas:

+ Familiar

+ Descripción

+ Circunstancias

+ Inicio:

último año ....

5 años antes ....

10 años antes ....

más de 10 años ....

+ Evolución:

muy desfavorable ....

desfavorable ....

favorable ....

muy favorable ....

Muy desfavorable: fallecimiento

Desfavorable: la enfermedad se mantiene

Favorable: la enfermedad está en remisión

Muy favorable: la enfermedad ha remitido

+ Remisión:

último año ....

5 años antes ....

10 años antes ....

más de 10 años ....

- Otros datos de orientación clínica:

* Cuales

4.1.2.- DINÁMICA FAMILIAR Y CONDICIONES DE VIDA

- Descripción de los padres:(consignar p. padre o m. madre)

* Apariencia personal:

muy descuidada ....

descuidada ....

cuidada ....

muy cuidada ....

Muy descuidada: sucios y mal vestidos

Descuidada: falta de aseo y de atención en el vestido

Cuidada: aseados y correctamente vestidos

Muy cuidada: aseados y muy bien vestidos

* Actitud:

muy negativa ....

negativa ....

positiva ....

muy positiva ....

Muy negativa: reacios y susceptibles

Negativa: poco atentos y colaboradores

Positiva: atentos y colaboradores

Muy positiva: muy atentos y colaboradores

* Maneras:

muy incorrectas ....

incorrectas ....

correctas ....

muy correctas ....

Muy incorrectas: sin atención ni respeto

Incorrectas: poca atención y respeto

Correctas: atentos y respetuosos

Muy correctas: muy correctos y respetuosos

* Observaciones

- Descripción del paciente:

* Apariencia personal:

muy descuidada ....

descuidada ....

cuidada ....

muy cuidada ....

Muy descuidada: sucio y mal vestido

Descuidada: falta de aseo y de atención en el vestido

Cuidada: aseado y correctamente vestido

Muy cuidada: aseado y muy bien vestido

* Actitud:

muy negativa ....

negativa ....

positiva ....

muy positiva ....

Muy negativa: reacio y susceptible

Negativa: poco atento y colaborador

Positiva: atento y colaborador

Muy positiva: muy atento y colaborador

* Maneras:

muy incorrectas ....

incorrectas ....

correctas ....

muy correctas ....

Muy incorrectas: sin atención ni respeto

Incorrectas: poca atención y respeto

Correctas: atento y respetuoso

Muy correctas: muy correcto y respetuoso

* Observaciones

- Organigrama funcional de roles familiares:

* Lugar del padre (L.P.)
* Lugar de la madre (L.M.)
* Lugar de los/as hermanos/as (L.H.)
* Lugar del paciente (L.Pa.)

L.P. : valorado (+) o (-) por la pareja y los hijos. Ejerce, o no, correctamente el cumplimiento de las normas

L.M. : valorada (+) o (-) por la pareja y los hijos. Sensible, o no, a las necesidades afectivas de los hijos

L.H. : adecuado intercambio o no de experiencias y apoyos entre iguales

L.Pa.: vinculación (>) o (<) con cada una de las otras instancias. Valoración (+) o (-) por ellas

- Relaciones afectivas de la pareja:

* Estabilidad:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna : profundos y constantes variaciones y altibajos

Escasa: grandes variaciones y altibajos

Bastante: escasas y ligeras variaciones y altibajos

Mucha: sin variaciones ni altibajos con el tiempo

* Adecuación:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna : no se permiten desarrollar intercambios afectivos

Escasa: con dificultad se desarrollan intercambios afectivos

Bastante: permite intercambios afectivos

Mucha: rica en intercambios afectivos

- Descripción de las relaciones familiares

- Relaciones padres-hijos:

* Diálogo:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna : no existe comunicación

Escasa: pobre expresión personal y breve comunicación

Bastante: frecuentes intercambios de puntos de vista

Mucha: comunicación fácil y fluida

* Normas:

+ Presencia:

ausentes ....

escasas ....

suficientes ....

excesivas ....

Ausentes: no hay patrones que regulen los roles y la vida cotidiana

Escasas: limitados patrones en los roles y la vida cotidiana

Suficientes: existen patrones en los roles y la vida cotidiana

Excesivas: regulados al detalle los roles y la vida cotidiana

+ Adecuación:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna : se regula lo no necesario y no se regula lo imprescindible

Escasa: se regulan sólo ciertas actividades imprescindibles

Bastante: la regulación permite el desarrollo de los intercambios

Mucha: la regulación favorece mucho el intercambio y el afecto

* Responsabilidad (según los padres):

+ Con lo propio:

nada ....

poca ....

bastante ....

mucha ....

Nada: no observa patrones de respeto con objetos, pertenencias y actos

Poca : esporádicamente observa patrones de respeto con objetos, pertenencias y actos

Bastante: con frecuencia observa patrones de respeto con objetos, pertenencias y actos

Mucha: Siempre observa patrones de respeto con objetos, pertenencias y actos

+ Con lo ajeno:

nada ....

poca ....

bastante ....

mucha ....

Nada: no observa patrones de respeto con objetos, pertenencias y actos de otros

Poca: esporádicamente observa patrones de respeto con objetos, pertenencias y actos de otros

Bastante: con frecuencia observa patrones de respeto con objetos, pertenencias y actos de otros

Mucha: Siempre observa patrones de respeto con objetos, pertenencias y actos de otros

- Características socio-económicas:

bajo ....

medio-bajo ....

medio-alto ....

alto ....

- Datos de la vivienda:

  * Nº de habitaciones

  * Relación dormitorios/camas/familiares

- Datos de convivencia o uso de casa (#)

(#) Actividades de la vida diaria de todos los miembros y utilización de las dependencias domésticas

- Otras personas que conviven en la casa
- Animales de compañía
- Ocio familiar y tiempo libre:

  * Actividades en día laborable

  * Actividades en día de fiesta

  * Vacaciones

4.1.3.- ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES EN LA VIDA DEL NIÑO

- Historia pediátrica:

  * Enfermedades, alergias

  * Estancias hospitalarias:

    + Nº

    + Motivo

    + Edad

    + Duración

  * Urgencias médicas:

    + Nº

    + Motivo

    + Edad

  * Otras

- Incidentes históricos:

* Crisis familiares
* Cambios de domicilio:
    + Nº
    + Motivo
    + Edad
    + Repercusión
* Accidentes
* Muertes:
    + Parentesco
    + Causas

4.1.4.- EMBARAZO Y PARTO

- Embarazo:
    * Físico:
        + Trastornos
        + Incidencias
    * Psíquico:
        + Deseo de hijo:

ninguno	....	
escaso	....	
alguno		....
mucho		....

Ninguno: embarazo no deseado

Escaso: embarazo inesperado

Alguno: embarazo no buscado ni evitado pero aceptado

Mucho: embarazo buscado

+ Fantasías sobre el embarazo

+ Sexo deseado y porqué

+ Elección de nombre y porqué

+ Condiciones de la gestación

* Colaboración del padre:

ninguna ....

escasa ....

alguna ....

mucha ....

Ninguna: no considera las necesidades de la gestante

Escasa: considera pasivamente las necesidades de la gestante

Alguna: considera suficientemente las necesidades de la gestante

Mucha: muy considerado con las necesidades de la gestante

- Parto:

* Desarrollo e incidencias

* Vivencia emocional:

muy negativa ....

negativa ....

positiva ....

muy positiva ....

Muy negativa: excesiva presencia de ansiedad y angustia

Negativa: presencia de ansiedad y angustia

Positiva: satisfacción por el parto

Muy positiva: mucha alegría y satisfacción

* Peso

* Talla

* Valoración pediátrica

* Colaboración del padre:

ninguna ....

escasa ....

alguna ....

mucha ....

Ninguna: ausencia durante el proceso

Escasa: presencia pasiva durante el proceso

Alguna: participa pasivamente durante el proceso

Mucha: participa activamente y toma iniciativas durante el proceso

- Embarazos anteriores:
    * Nº
    * Sexo
    * Desarrollo
    * Incidencias
- Abortos:
    * Nº
    * Sexo
    * Incidencias

4.1.5.- DESARROLLO DURANTE LA PRIMERA INFANCIA Y PERIODO DE LATENCIA

- Desarrollo psicomotor:
    * Control de cuello:
        + Edad
    * Sedestación:
        + Edad
    * Gateo:
        + Edad

* Deambulación:
    + Edad
* Coordinación motora:
    - muy inadecuada ....
    - inadecuada ....
    - adecuada ....
    - muy adecuada ....

Muy inadecuada: patrones motores muy atrasados con respecto a su edad

Inadecuada: patrones motores atrasados con respecto a su edad

Adecuada: patrones motores correspondientes a su edad

Muy adecuada: patrones motores adelantados con respecto a su edad

* Destrezas
* Trastornos:
    + Regresiones
    + Detenciones
    + Otros

- Desarrollo del lenguaje:
    * Inicio:
        + Edad
    * Evolución
    * Trastornos:
        + Fonología
        + Vocabulario

4.1.6.- EVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES CON EL ENTORNO E INTERCAMBIOS AFECTIVOS

- Alimentación:

* Lactancia natural:

+ Succión:

muy inadecuada ....

inadecuada ....

adecuada ....

muy adecuada ....

Muy inadecuada: rechazo del pecho y ausencia de prensión

Inadecuada: rechazo frecuente del pecho y dificultades en la prensión

Adecuada: aceptación del pecho y buena prensión

Muy adecuada: aceptación del pecho y buena prensión permanente

+ Duración:

1 mes ....

3 meses ....

6 meses ....

12 meses ....

+ Ritmo (#)

(#) Frecuencia de las tomas

+ Satisfacción:

muy inadecuada ....

inadecuada ....

adecuada ....

muy adecuada ....

Muy inadecuada: ausencia total de satisfacción y presencia de inquietud, insomnio e inapetencia

Inadecuada: presencia esporádica de inquietud, insomnio e inapetencia

Adecuada: presencia de relajación y somnolencia después de las tomas

Muy adecuada: buen establecimiento de la secuencia alimentación reposo

+ Destete:

- Modalidad

* Lactancia artificial:

+ Succión:

muy inadecuada ....

inadecuada ....

adecuada ....

muy adecuada ....

Muy inadecuada: rechazo del biberón y ausencia de prensión

Inadecuada: rechazo frecuente del biberón y dificultades en la prensión

Adecuada: aceptación del biberón y buena prensión

Muy adecuada: aceptación del biberón y buena prensión permanente

+ Duración:

1 mes ....

3 meses ....

6 meses ....

12 meses ....

+ Ritmo (#)

(#) Frecuencia de las tomas

+ Satisfacción:

muy inadecuada ....

inadecuada ....

adecuada ....

muy adecuada ....

Muy inadecuada: ausencia total de satisfacción y presencia de inquietud, insomnio e inapetencia

Inadecuada: presencia esporádica de inquietud, insomnio e inapetencia

Adecuada: presencia de relajación y somnolencia después de las tomas

Muy adecuada: buen establecimiento de la secuencia alimentación reposo

+ Destete:

- Modalidad

- Retirada del chupete, edad y modalidad

* Aceptación de alimentos sólidos:

muy negativa ....

negativa ....

positiva ....

muy positiva ....

Muy negativa: rechazo total de cualquier alimento sólido

Negativa: fuerte resistencia a los alimentos sólidos

Positiva: aceptación de alimentos sólidos

Muy positiva: buena aceptación de cualquier alimento sólido

* Aceptación de alimentos nuevos:

muy negativa ....

negativa ....

positiva ....

muy positiva ....

Muy negativa: rechazo total de cualquier alimento nuevos

Negativa: fuerte resistencia a los alimentos nuevos

Positiva: aceptación de alimentos nuevos

Muy positiva: buena aceptación de cualquier alimento nuevo

* Trastornos:

+ Rituales

+ Vómitos

+ Fobias alimenticias

+ Cólicos

+ Control de la ingesta

+ Otros

- Sueño:

* Instauración de la secuencia sueño/vigilia:

1 mes ....

3 meses ....

6 meses ....

12 meses ....

* Sueño en habitación propia:

+ Edad

+ Modalidad

* Trastornos:

+ Rituales

+ Fobias

+ Insomnios

+ Terrores

+ Otros

- Socialización:

* Contacto madre-hijo/a:

muy inadecuado ....

inadecuado ....

adecuado ....

muy adecuado ....

Muy inadecuado: crisis agudas de llantos e inestabilidad en los ritmos de sueño y alimentación

Inadecuado: presencia de inquietud y perturbación en los ritmos de sueño y alimentación

Adecuado: estabilidad en los ritmos de sueño y alimentación

Muy adecuado: muy buena estabilidad en los ritmos de sueño y alimentación y exploración del medio

* Aparición de la sonrisa:

1 mes ....

2 meses ....

3 meses ....

6 meses ....

* Reacción a la ausencia-presencia de padres
* Distinción entre familiares y extraños:

6 meses ....

8 meses ....

10 meses ....

12 meses ....

* Objeto transicional:

+ Edad

* Educación de los esfínteres:

+ Vesical:

- Edad de comienzo
- Técnica

+ Anal:

- Edad de comienzo
- Técnica

* Autonomía de hábitos:

+ Alimentación:

dependiente ....

parcialmente dependiente ....

parcialmente independiente ....

independiente ....

Dependiente: se le alimenta físicamente

Parcialmente dependiente: se le alimenta verbalmente y se termina alimentándolo físicamente

Parcialmente independiente: se le alimenta con apoyo verbal

Independiente: come solo siempre

+ Vestido:

dependiente ....

parcialmente dependiente ....

parcialmente independiente ....

independiente ....

Dependiente: se le viste físicamente

Parcialmente dependiente: se le viste con apoyo verbal y se termina vistiéndolo físicamente

Parcialmente independiente: se le viste con apoyo verbal

Independiente: se viste solo siempre

+ Higiene:

dependiente ....

parcialmente dependiente ....

parcialmente independiente ....

independiente ....

Dependiente: se le lava físicamente

Parcialmente dependiente: se le lava con apoyo verbal y se termina lavándolo físicamente

Parcialmente independiente: se le lava con apoyo verbal

Independiente: se lava solo siempre

+ Sueño:

dependiente ....

parcialmente dependiente ....

parcialmente independiente ....

independiente ....

Dependiente: necesita que se le duerma

Parcialmente dependiente: necesita de la presencia de alguien para dormir

Parcialmente independiente: necesita acciones de apoyo sin presencia de adultos

Independiente: se duerme solo

* Comprensión de la prohibición:

muy inadecuada ....

inadecuada ....

adecuada ....

muy adecuada ....

Muy inadecuada: no discrimina entre lo permitido y lo no permitido con respecto a su edad

Inadecuada: discriminación parcial entre lo permitido y lo no permitido con respecto a su edad

Adecuada: discrimina entre lo permitido y lo no permitido con respecto a su edad

Muy adecuada: óptima discriminación entre lo permitido y lo no permitido con respecto a su edad

* Aceptación y cumplimiento de órdenes:

muy inadecuada ....

inadecuada ....

adecuada ....

muy adecuada ....

Muy inadecuada: no lleva a cabo ninguna orden

Inadecuada: lleva a cabo algunas órdenes

Adecuada: lleva a cabo con frecuencia las órdenes

Muy adecuada: lleva a cabo de buen grado las órdenes

* Rabietas: SI... NO...

+ Modalidad

* Conductas e intereses sexuales

* Menarquia: SI... NO...

+ Edad

+ Características

* Primeras poluciones: SI... NO...

+ Edad

+ Características

* Salidas fuera de casa:

+ Modalidad

+ Duración

+ Frecuencia

* Dormir fuera de casa:

+ Modalidad

+ Frecuencia

* Colaboración en tareas domésticas:

+ Modalidad

+ Frecuencia

* Relaciones con las personas:

+ Amigos, familia, etc.

* Relaciones con los objetos:

+ Ropas, juguetes, etc.

* Parecido:

+ Físico

+ Psicológico

* Juego:

+ Inicio

+ Entorno familiar:

muy inadecuado ....

inadecuado ....

adecuado ....

muy adecuado ....

Muy inadecuado: realiza juegos contrarios a las normas familiares y con temáticas, objetos o personas no correspondientes a la edad

Inadecuado: realiza juegos contrarios a las normas familiares o con temáticas, objetos o personas no correspondientes a la edad

Adecuado: realiza juegos conformes a las normas familiares o con temáticas, objetos o personas correspondientes a la edad

Muy adecuado: realiza juegos conformes a las normas familiares y con temáticas, objetos o personas correspondientes a la edad

+ Entorno escolar:

muy inadecuado ....

inadecuado ....

adecuado ....

muy adecuado ....

Muy inadecuado: realiza juegos contrarios a las normas de convivencia y con temáticas, objetos o personas no correspondientes a la edad

Inadecuado: realiza juegos contrarios a las normas de convivencia o con temáticas, objetos o personas no *correspondientes a la edad*

Adecuado: realiza juegos conformes a las normas de convivencia o con temáticas, objetos o personas correspondientes a la edad

Muy adecuado: realiza juegos conformes a las normas de convivencia y con temáticas, objetos o personas correspondientes a la edad

* Juegos en solitario:

muy inadecuados ....

inadecuados ....

adecuados ....

muy adecuados ....

Muy inadecuados: realiza juegos repetitivos, estereotipados y con temáticas no correspondientes a la edad

Inadecuados: realiza juegos repetitivos y estereotipados o con temáticas no correspondientes con la edad

Adecuados: realiza juegos con temáticas correspondientes a la edad

Muy adecuados: realiza variedad de juegos con temáticas correspondientes a la edad

* Identificaciones
* Características
* Otras actividades lúdicas y deportivas
* *Otras aficiones*
* Trastornos

4.1.7.- ESCOLARIDAD

- Inicio de la escolarización:

* Edad

* Modalidad

* Tipo de centro:

+ Privado ....

+ Concertado ....

+ Público ....

- Desarrollo de la escolaridad hasta la fecha:

* Nº de cambios

* Circunstancias

* Relación familia-escuela:

muy inadecuada ....

inadecuada ....

adecuada ....

muy adecuada ....

Muy inadecuada: ausencia de contactos familia escuela y desvalorización de las recomendaciones escolares

Inadecuada: ausencia de contactos familia escuela o desvalorización de las recomendaciones escolares

Adecuada: contactos periódicos familia escuela

Muy adecuada: contactos frecuentes familia escuela e intercambios de objetivos

* Rendimiento:

muy inadecuado ....

inadecuado ....

adecuado ....

muy adecuado ....

Muy inadecuado: gran desinterés por las actividades educativas y bajas calificaciones

Inadecuado: dificultades para la asimilación de las materias

Adecuado: correcta asimilación de las materias

Muy adecuado: interés por las actividades educativas y altas calificaciones

* Orientación escolar (especificar)

- Autonomía en el estudio:

dependiente ....

parcialmente dependiente ....

parcialmente independiente ....

independiente ....

Dependiente: necesita de la presencia de alguien

Parcialmente dependiente: necesita que se le indique y se le organice

Parcialmente independiente: necesita que se le indique

Independiente: estudia y de organiza solo

- Relaciones con otros niños:

muy negativas ....

negativas ....

positivas ....

muy positivas ....

Muy negativas: no establece vínculos cualitativa y cuantitativamente satisfactorios

Negativas: establece escasos vínculos cualitativa y cuantitativamente satisfactorios

Positivas: establece suficientes vínculos cualitativa y cuantitativamente satisfactorios

Muy positivas: establece variedad de vínculos cualitativa y cuantitativamente satisfactorios

- Relaciones con profesores:

muy negativas ....

negativas ....

positivas ....

muy positivas ....

Muy negativas: no establece vínculos cualitativa y cuantitativamente satisfactorios

Negativas: establece escasos vínculos cualitativa y cuantitativamente satisfactorios

Positivas: establece suficientes vínculos cualitativa y cuantitativamente satisfactorios

Muy positivas: establece variedad de vínculos cualitativa y cuantitativamente satisfactorios

- Actividades lúdicas y deportivas en el centro escolar
- Proyectos futuros:

* Expectativas propias

* Expectativas parentales

4.2.- PRUEBAS OBJETIVAS

- Psychodynamic Child Rating Scale (PCRS):
    * WISC-R (prorrateo):
        + Comprensión
        + Semejanzas
        + Figuras incompletas
        + Cubos
        + Rompecabezas
            - C.I. Verbal
            - C.I. Manipulativo
            - C.I. total
    * Observaciones
    * Test Gestáltico Viso-motor:
        + Bender:
            - Nº de errores
            - Edad viso-motora
            - Observaciones (#)

(#) Tipo de errores y significación: Indicadores emocionales:

    * Tests proyectivos gráficos:
        + Casa-Arbol-Persona (HTP)
        + Familia en movimiento
        + Los iguales en movimiento
    * Test proyectivo verbal:
        + Test de Apercepción Temática (TAT)
            - Láminas (hombres):

1, 4, 6BM, 7BM, 17BM

+ Análisis

- Láminas (mujeres):

2, 4, 6GF, 7GF, 18GF

+ Análisis

* Entrevista breve cerrada con el paciente:

+ ¿Qué es lo que más te gusta hacer?

+ ¿Qué cosas te ponen contento?

+ ¿Qué cosas te ponen triste?

+ ¿Qué haces cuando te enfadas o te enrabias?

+ ¿Qué tal te lo pasas con tus amigos?

+ ¿Qué tres deseos te gustaría que se cumplieran?

* Entrevista breve cerrada con los padres:

+ ¿Tiene problemas académicos o de integración social en la escuela?

+ ¿Qué tal se lleva con los chicos/as de su edad?

+ ¿Como expresa el enfado o la rabia en casa?

+ ¿Como expresa el enfado o la rabia con los/as otros/as niños/as?

- Análisis de las pruebas

* Areas a medir:

+ Funcionamiento intelectual: (#)

(#) Se obtiene con el prorrateo del WISC-R, mas el Bender y las observaciones de la conducta.

severamente perturbado ....

moderadamente perturbado ....

no perturbado ....

Severamente perturbado: Razonamiento muy concreto, severo déficit visomotor o torpeza, fácil distracción, atención lábil, severos problemas de articulación, sintaxis o fluidez.

Moderadamente perturbado: Nivel de abstracción con una desviación standard por debajo de la edad, ciertos problemas viso-motores, necesidad de ser reorientado ocasionalmente en sus tareas y lenguaje con una desviación standard por debajo de su edad.
No perturbado: Adecuado nivel de abstracción, adecuada madurez viso-motora, capacidad de concentración y lenguaje adecuados a la edad.

+ Funcionamiento del yo: (#)

(#) Se obtiene de todos los tests proyectivos y de la observación de la conducta en situación de prueba.

muy pobre ....
moderado ....
muy bueno ....

Muy pobre: Distorsionada percepción de la realidad, pobre relación con los objetos, no sentimiento de vínculo, extrema fusión o ambivalencia con los otros, dificultades para el cambio y para la adaptación a mismo, escasos recursos y mecanismos de defensa ineficaces
Moderado : Cierta distorsión en la percepción de la realidad y en su relación con los demás, cierta dificultad para establecer la relación con los otros por exceso, defecto o ambivalencia
Muy bueno: Buena percepción de la realidad, buen establecimiento de vínculos y discriminación entre él y los demás, adaptación flexible a los cambios y novedades del ambiente, buenos recursos y buen funcionamiento de sus mecanismos de defensa.

+ Concepto de si-mismo: (#)

(#) Se obtiene de todos los tests proyectivos y de las referencias de si mismo y de su conducta verbalizadas por el sujeto.

muy pobre ....
discreto ....
muy bueno ....

Muy pobre: Gran timidez e inhibición, gran dependencia, muy baja autoestima por exceso o por defecto, convencimiento de que su cara o cuerpo son feos o desagradables, sentimientos de incompetencia, inadecuación, disgusto, escasez de valores, ideas de ser rechazado por los otros
Discreto : Cierta timidez frente a los demás, cierta dependencia, dificultad en la autoestima por exceso o por defecto, ideas de desagrado físico o facial, dudas acerca de su competencia, valía, adecuación o rechazo con respecto a los demás
Muy bueno: Seguro de si mismo, acepta la autoridad correctamente pero sin temor a retarla si es necesario, adecuada autoestima, satisfacción con su apariencia física o facial, sentimientos de competencia social, valía y aceptación por los demás

+ Control de la agresión: (#)

(#) Se obtiene de la conducta durante la situación de test y de los rasgos impulsivos en el Bender y en todos los tests proyectivos y las entrevistas con los padres

problema severo ....

problema ligero ....

control adaptativo ....

Problema severo: Gran tendencia a la conducta actuadora, conductas agresivo-pasivas, dificultad en la cooperación durante la aplicación de los tests, excesiva proyección de la agresividad y de las fantasías hostiles

Problema ligero: Cierta tendencia a la conducta actuadora, ciertas conductas pasivo-agresivas que no afectan a los demás y cierta proyección de fantasías hostiles y agresivas

Control adaptativo: Expresión de la cólera de forma adaptativa, en situaciones específicas, demostrando asertividad y conductas constructivas, la fantasía agresiva no esta dominada por temas mórbidos

+ Ajuste emocional: (#)

(#) Se obtiene en la relación emocional establecida durante la situación de test y el material de los tests proyectivos.

severamente perturbado ....

moderadamente perturbado ....

no perturbado ....

Severamente perturbado: Pobre expresión emocional, las emociones son inapropiadas para los estímulos, distorsión de la intensidad de las emociones para la consecución de sus objetivos, frecuente proyección de fantasías emocionales

Moderadamente perturbado: Cierta pobreza en la expresión emocional, respuestas emocionales a veces inadecuadas, cierto desajuste en la consecución de objetivos emocionales, con ligera desinhibición en la conducta, ciertas fantasías proyectivas

No perturbado: Adecuada y variada expresión emocional, la intensidad de las emociones está ajustada a la situación especifica y particular y no interfiere con el logro de objetivos, no aparecen fantasías emocionales proyectivas significativas

+ Relaciones familiares: (#)

(#) Se obtienen del dibujo de la familia en movimiento y del TAT

muy pobres ....

discretas ....

muy buenas ....

Muy pobres: Marcadamente distante y/o clara ambivalencia hacia los otros miembros de la familia, extremadamente *dependiente no puede desarrollar ninguna autonomía, no desarrolla la confianza en si mismo adecuada a su edad,* discute constantemente con conductas oposicionistas y negativistas, tiene la impresión de que sus padres no son agradables, le castigan excesivamente, le rechazan o son malos con el la mayor parte del tiempo

Discretas : Cierta distancia y/o ambivalencia hacia los otros miembros de la familia, cierta dependencia, discreto desarrollo de la autonomía, tendencia a la discusión, al desacuerdo y cierta conducta oposicionista y negativista, muestra ambivalencia en la percepción de sus padres

Muy buenas: Capacidad para mantener el limite de lo privado de los otros miembros de la familia estando cómodo con ello, aceptación de las necesidades de los otros miembros de la familia sin ser excesivamente demandante, puede *funcionar autonomamente con apropiadas conductas de confianza en si mismo, puede dialogar con sus padres sin* discutir, percibe a sus padres como cálidos, contenedores y agradables la mayor parte del tiempo

+ Relaciones con los iguales: (#)

(#) Se obtiene del dibujo de los iguales en movimiento, las observaciones del subtest de comprensión del WISC-R y el TAT y de las entrevistas con los padres y con el paciente

muy pobres ....

discretas ....

muy buenas ....

Muy pobres: No puede compartir con los niños de su edad, pelea y discute constantemente con ellos, tiene que liderar constantemente o molesta, juega solo siempre

Discretas : Puede compartir en ocasiones con los niños de su edad, a veces discute o pelea, puede mantenerse parcialmente en los grupos de niños hasta que surgen problemas o sigue a los otros intentando hacerse amigo, no acaba de llevarse bien con los niños de su edad

Muy buenas: Juega con otros niños de su edad de forma correcta, dialoga sus diferencias con los iguales, es capaz de aceptar turnos y puede liderar o ser liderado, mantiene muy bien las relaciones con los iguales.

+ Desarrollo psicosexual: (#)

(#) Se obtiene con la observación de la conducta en situación de test y de los tests proyectivos.

muy inadecuado ....

escasamente adecuado ....

muy adecuado ....

Muy inadecuado: Excesiva dependencia materna, preocupación por temáticas orales, temeroso/a y celoso/a del padre/madre, escasa identificación masculina/femenina, muy pobre imagen corporal, uso predominante de la negación como mecanismo de defensa

Escasamente adecuado: Cierta dependencia materna, cierta preocupación por temas anales y orales, cierta confusión, cierta rivalidad con padre/madre, cierta inseguridad con la identificación masculina/femenina, pobre imagen corporal, uso predominante de la proyección con alguna negación y represión como mecanismos de defensa

Muy adecuado: No se aprecian signos regresivos de la dependencia con la madre, no hay regresiones o fijaciones, buenas relaciones con padre/madre, clara identificación masculina/femenina, buena imagen corporal, uso predominante de la sublimación y la represión como mecanismo de defensa.

5.- DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

5.1.- DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

- DSM III-R (A.P.A.)
- ICD 10 (O.M.S.)

5.2.- DIAGNÓSTICO PSICOANALÍTICO

- Informe del psicoterapéuta evaluador
- Areas:
    * Persecución
    * Confusión
    * Depresión
    * Preocupación por los demás
    * Procesos esquizoides
    * Integración
    * Accesibilidad emocional
    * Ansiedad
    * Estructuras defensivas
    * Tolerancia al sufrimiento mental
    * Madurez
    * Percepción de si mismo

* Sentimientos de seguridad
* Sentimientos de alegría
* Equilibrio en procesos introyectivo-proyectivos
* Profundidad en las relaciones personales
* Capacidad para pensar
* Capacidad para aprender
* Capacidad para jugar
* Capacidad para simbolizar
* Accesibilidad de la fantasía-imaginación
* Estructura del mundo interno

- Juicio crítico y otros comentarios
- Recomendaciones:
  * Apoyos:
    + Cuales
    + Objetivos
  * Coordinaciones:
    + Cuales
    + Objetivos
    + Periodicidad

5.3.- PRONÓSTICO

- Representación de los padres sobre el trastorno
- Representación del paciente sobre el trastorno
- Condiciones de posibilidad del trastorno (#)

(#) Elementos de la dinámica familiar que posibilitan o impiden el desarrollo del trastorno

- Funcionalidad del trastorno (#)

(#) Adecuación o inadecuación del trastorno en la dinámica familiar

- Capacidad de juego o verbalización sobre el trastorno:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna: ausencia de juego y verbalización sobre el trastorno

Escasa: relativa y parcial presencia de actividad lúdica o verbal sobre el trastorno

Bastante: presencia de actividad lúdica o verbal sobre el trastorno

Mucha: abundante actividad lúdica o verbal sobre el trastorno

- Capacidad de reflexión e insight de los padres:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna: ausencia de relación y asimilación de causas, efectos y sus interacciones

Escasa: relativa y parcial presencia de relación y asimilación de causas, efectos y sus interacciones

Bastante: facilidad para relacionar y asimilar causas, efectos y sus interacciones

Mucha: gran facilidad para relacionar y asimilar causas, efectos y sus interacciones

- Capacidad de reflexión e insight del paciente:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna: ausencia de relación y asimilación de causas, efectos y sus interacciones

Escasa: relativa y parcial presencia de relación y asimilación de causas, efectos y sus interacciones

Bastante: facilidad para relacionar y asimilar causas, efectos y sus interacciones

Mucha: gran facilidad para relacionar y asimilar causas, efectos y sus interacciones

- Capacidad de relación y contacto padres-terapeuta:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna: ausencia de colaboración, alianza y empatía

Escasa: relativa y parcial colaboración, alianza y empatía

Bastante: presencia de colaboración, alianza y empatía

Mucha: gran presencia de colaboración, alianza y empatía

- Capacidad de relación y contacto paciente-terapeuta:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna: ausencia de colaboración, alianza y empatía

Escasa: relativa y parcial colaboración, alianza y empatía

Bastante: presencia de colaboración, alianza y empatía

Mucha: gran presencia de colaboración, alianza y empatía

- Deseo de curación del paciente:

ninguno ....

escaso ....

bastante ....

mucho ....

Ninguno : ausencia de capacidad para cumplir las tareas que se propone el paciente y niega la situación sintomática actual

Escaso: relativa capacidad para cumplir las tareas que se propone el paciente y parcial negación de la situación sintomática actual

Bastante: presencia de capacidad para cumplir las tareas que se propone el paciente y aceptación de la situación sintomática actual

Mucho: gran capacidad para cumplir las tareas que se propone el paciente y aceptación de la situación sintomática actual

- Representación de los padres sobre el tratamiento
- Representación del paciente sobre el tratamiento
- Expectativas de los padres ante el tratamiento:

muy negativas ....

negativas ....

positivas ....

muy positivas ....

Muy negativas: consideran el tratamiento como adverso y contraproducente

Negativas: consideran el tratamiento como inútil e improductivo

Positivas: consideran el tratamiento conveniente y como apoyo

Muy positivas: consideran el tratamiento útil, necesario y productivo

- Expectativas del paciente ante el tratamiento:

muy negativas ....

negativas ....

positivas ....

muy positivas ....

Muy negativas: considera el tratamiento como adverso y contraproducente

Negativas: considera el tratamiento como inútil e improductivo

Positivas: considera el tratamiento conveniente y como apoyo

Muy positivas: considera el tratamiento útil, necesario y productivo

- Consentimiento de los padres para el tratamiento: SI... NO...
- Consentimiento del paciente para el tratamiento: SI... NO...
- Motivación de los padres ante el tratamiento:

ninguna ....

escasa ....

bastante ....

mucha ....

Ninguna: rechazo y desinterés por las propuestas de tratamiento terapéutico

Escasa: relativo y parcial interés y colaboración por las propuestas de tratamiento terapéutico

Bastante: colaboración e interés por las propuestas de tratamiento terapéutico

Mucha: gran colaboración e interés por las propuestas de tratamiento terapéutico

- Motivación del paciente ante el tratamiento:

ninguna ....

escasa ....

alguna ....

mucha ....

Ninguna: rechazo y desinterés por las propuestas de tratamiento terapéutico

Escasa: relativo y parcial interés y colaboración por las propuestas de tratamiento terapéutico

Bastante: colaboración e interés por las propuestas de tratamiento terapéutico

Mucha: gran colaboración e interés por las propuestas de tratamiento terapéutico

- Actitudes de los padres ante otros tratamientos:

muy negativas ....

negativas ....

positivas ....

muy positivas ....

Muy negativas: infravaloración de resultados y abandono

Negativas: infravaloración y/o interrupciones

Positivas: aceptación y cumplimiento del tratamiento

Muy positivas: valoración y cumplimiento del tratamiento

- Actitudes del paciente ante otros tratamientos:

muy negativas ....

negativas ....

positivas ....

muy positivas ....

Muy negativas: infravaloración de resultados y abandono

Negativas: infravaloración y/o interrupciones

Positivas: aceptación y cumplimiento del tratamiento

Muy positivas: valoración y cumplimiento del tratamiento

- Cumplimiento del encuadre diagnóstico:
    - * Nº de retrasos
    - * Nº de cambios
    - * Ausencias:
        - + Padre
        - + Madre
        - + Paciente
- Observaciones sobre las entrevistas

PROTOCOLO INFORME FIN DE TRATAMIENTO: PADRES

CASO Nº: ENTREVISTA: DIRECTA ....
TELEFONICA....

TERAPEUTA: .....
ENTREVISTADOR: .....
OBSERVADOR: .....
FECHA: PADRE .... MADRE ....

_ ¿Aprecian mejoría en la sintomatología del paciente?

1 2 3 4 5

¿En qué?

_ ¿En qué ámbito lo aprecian?

Padres ....
Hermanos ....
Colegio ....
Terceros ....
Todos ....

_ ¿Desde cuando?

Antes de la primera cita ....

Durante el proceso diagnóstico ....
Al comienzo del proceso terapéutico ....
Durante el proceso terapéutico ....
Antes de finalizar el proceso terapéutico ....

_ ¿Aprecian modificaciones en las relaciones de Vds. con el paciente?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecian modificaciones en las relaciones del paciente con sus hermanos/as?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecian modificaciones en las relaciones del paciente con sus amistades?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecian modificaciones en las relaciones del paciente con otras personas?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecian modificaciones en los centros de interés personales que tenía el paciente antes del tratamiento?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecian modificaciones en el rendimiento académico del paciente?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Han comunicado al centro escolar la realización del tratamiento?

SI.... NO....

¿Porqué?

_ ¿En su opinión percibían en el centro escolar los síntomas del paciente?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Otras modificaciones apreciadas, en opinión de los padres?

SI.... NO....

¿Cuales?

_ ¿Como consideran la información que han recibido Vds durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como consideran la información que ha recibido el paciente durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como consideran la empatía del terapéuta con Vds durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como consideran la empatía del terapéuta con el paciente durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como consideran los padres que ha sido su grado de cumplimiento del contrato terapéutico?

Secreto profesional	1	2	3	4	5
Asistencia a sesión	1	2	3	4	5
Puntualidad a sesión	1	2	3	4	5

¿Porqué?

_ ¿Cual es la opinión de los padres sobre los siguientes puntos?

Horario de sesiones	1	2	3	4	5
Tipo de encuadre	1	2	3	4	5
Periodicidad sesiones	1	2	3	4	5
Duración de sesiones	1	2	3	4	5
Puntualidad terapéuta	1	2	3	4	5
Espacios físicos	1	2	3	4	5

¿Porqué?

_ ¿Como consideran los padres que ha sido el grado de cumplimiento, por el paciente, del contrato terapéutico?

Secreto profesional	1	2	3	4	5
Asistencia a sesión	1	2	3	4	5
Puntualidad a sesión	1	2	3	4	5

¿Porqué?

_ ¿Como consideran los padres que ha colaborado el paciente con el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ Observaciones.-

PROTOCOLO DEL INFORME FIN DE TRATAMIENTO: PSICOTERAPEUTA

CASO Nº:

ENTREVISTADOR: .....

OBSERVADOR: .....

FECHA: PSICOTERAPEUTA ....

_ ¿Aprecia el terapéuta mejoría en la sintomatología del paciente?

1 2 3 4 5

¿En qué?

_ ¿En qué ámbito lo aprecia?

Padres ....

Hermanos ....

Colegio ....

Terceros ....

Todos ....

_ ¿Desde cuando?

Antes de la primera cita ....

Durante el proceso diagnóstico ....

Al comienzo del proceso terapéutico ....

Durante el proceso terapéutico ....

Antes de finalizar el proceso terapéutico ....

_ ¿Aprecia el terapéuta modificaciones en las relaciones del paciente con sus padres?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecia el terapéuta modificaciones en las relaciones del paciente con sus hermanos/as?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecia el terapéuta modificaciones en las relaciones del paciente con sus amistades?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecia el terapéuta modificaciones en las relaciones del paciente con terceras personas?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecia el terapéuta modificaciones en los centros de interés personales que tenía el paciente antes del tratamiento?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Aprecia el terapéuta modificaciones en el rendimiento académico del paciente?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿En opinión del terapéuta percibían en el centro escolar los síntomas del paciente?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Otras modificaciones apreciadas, en opinión del terapéuta?

SI.... NO....

¿Cuales?

_ ¿Como considera el terapéuta que ha colaborado el paciente con las indicaciones dadas durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como considera el terapéuta que han colaborado los padres con las indicaciones dadas durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como considera el terapéuta su empatía con el paciente durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como considera el terapéuta la empatía con los padres durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como considera el terapéuta que ha sido el grado de cumplimiento, por el paciente, del contrato terapéutico?

Secreto profesional	1	2	3	4	5
Asistencia a sesión	1	2	3	4	5
Puntualidad a sesión	1	2	3	4	5

¿Porqué?

_ ¿Como considera el terapéuta que ha sido el grado de cumplimiento, por los padres, del contrato terapéutico?

Secreto profesional	1	2	3	4	5
Asistencia a sesión	1	2	3	4	5
Puntualidad a sesión	1	2	3	4	5

_ ¿Cual es la opinión del terapéuta sobre los siguientes aspectos?

Horario de sesiones	1	2	3	4	5
Tipo de encuadre	1	2	3	4	5
Periodicidad sesiones	1	2	3	4	5
Duración de sesiones	1	2	3	4	5

¿Porqué?

.- OBSERVACIONES

PROTOCOLO DEL INFORME FIN DE TRATAMIENTO: PACIENTE

CASO Nº: ENTREVISTA: DIRECTA ....
TELEFONICA....

TERAPEUTA: .....
ENTREVISTADOR: .....
OBSERVADOR: .....
FECHA: PACIENTE ....

_ ¿Ha apreciado el paciente mejoría en la sintomatología?

1 2 3 4 5

¿En qué?

_ ¿En qué ámbito lo aprecia?

Padres ....
Hermanos ....
Colegio ....
Terceros ....
Todos ....

_ ¿Desde cuando lo aprecia?

Antes de la primera cita ....

Durante el proceso diagnóstico ....
Al comienzo del proceso terapéutico ....
Durante el proceso terapéutico ....
Antes de finalizar el proceso terapéutico ....

_ ¿Ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus padres?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus hermanos/as?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus amistades?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con otras personas?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Ha apreciado el paciente modificaciones en los centros de interés personales que tenía antes del tratamiento?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Ha apreciado el paciente modificaciones en el rendimiento académico?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Ha comunicado el paciente al centro escolar la realización del tratamiento?

SI.... NO....

¿Porqué?

_ ¿En opinión del paciente percibían en el centro escolar sus síntomas?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Otras modificaciones apreciadas, en opinión del paciente?

SI.... NO....

¿Cuales?

_ ¿Como ha considerado el paciente la información que ha recibido del terapéuta durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como ha considerado el paciente la información que han recibido del terapéuta sus padres durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como ha considerado el paciente la empatía con el terapéuta durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como ha considerado el paciente la empatía del terapéuta con sus padres durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Como ha considerado el paciente que ha sido su grado de cumplimiento del contrato terapéutico?

Secreto profesional	1	2	3	4	5
Puntualidad a sesión	1	2	3	4	5
Asistencia a sesión	1	2	3	4	5

¿Porqué?

_ ¿Como considera el paciente los siguientes apartados?

Horario de sesiones	1	2	3	4	5
Tipo de encuadre	1	2	3	4	5
Periodicidad sesiones	1	2	3	4	5
Duración de sesiones	1	2	3	4	5
Puntualidad terapéuta	1	2	3	4	5
Espacio físico	1	2	3	4	5

¿Porqué?

.- OBSERVACIONES

PROTOCOLO DE INFORME SEMESTRAL DE SEGUIMIENTO: PACIENTE

CASO Nº: ENTREVISTA: DIRECTA ....
TELEFONICA....

TERAPEUTA: .....
ENTREVISTADOR: .....
OBSERVADOR: .....
FECHA: PACIENTE ....

_ ¿Se mantiene la mejoría conseguida en el tratamiento del paciente en el momento actual?

1 2 3 4 5

¿Como?

_ ¿En qué ámbito lo aprecia?

Padres ....
Hermanos ....
Colegio ....
Terceros ....
Todos ....

_ ¿Desde la finalización del tratamiento ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus padres?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus hermanos/as?

1 2 3 4 5

¿Como?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus amistades?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con otras personas?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento ha apreciado el paciente modificaciones en los centros de interés personales que tenía antes del tratamiento?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento ha apreciado el paciente modificaciones en su rendimiento académico?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿En opinión del paciente han apreciado en el centro escolar alguna sintomatología desde la finalización del tratamiento?

1 2 3 4 5

Cuales?

_ ¿Otras modificaciones apreciadas, en opinión del paciente?

SI.... NO....

¿Cuales?

_ ¿Ha considerado necesaria o útil, en la actualidad, la información que recibió el paciente durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Ha considerado el paciente necesaria o útil, en la actualidad, la información que recibieron sus padres durante el proceso terapéutico del paciente?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

- ¿En opinión del paciente aprecia nuevos problemas o síntomas en la actualidad?

SI.... NO....

¿Cuales?

- ¿En opinión del paciente están relacionados con el episodio anterior?

SI.... NO....

¿Porqué?

- ¿Ha consultado algún otro miembro de la familia en estos meses?

SI.... NO....

¿Quien?

-OBSERVACIONES

PROTOCOLO DE INFORME SEMESTRAL DE SEGUIMIENTO: PADRES

CASO Nº: ENTREVISTA: DIRECTA ....
TELEFONICA....

TERAPEUTA: .....
ENTREVISTADOR: .....
OBSERVADOR: .....
FECHA: PADRE .... MADRE ....

_ ¿Se mantiene la mejoría conseguida en el tratamiento del paciente en el momento actual?

1 2 3 4 5

¿Como?

_ ¿En qué ámbito lo aprecian?

Padres ....
Hermanos ....
Colegio ....
Terceros ....
Todos ....

_ ¿Desde la finalización del tratamiento han apreciado modificaciones en las relaciones de ustedes con el paciente?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento han apreciado modificaciones en las relaciones del paciente con sus hermanos/as?

1 2 3 4 5

¿Como?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento han apreciado modificaciones en las relaciones del paciente con sus amistades?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento han apreciado modificaciones en las relaciones del paciente con otras personas?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento han apreciado modificaciones en los centros de interés personales que tenía el paciente antes del tratamiento?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la finalización del tratamiento han apreciado modificaciones en el rendimiento académico del paciente?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿En su opinión han apreciado en el centro escolar alguna sintomatología en el paciente desde la finalización del tratamiento?

1 2 3 4 5

Cuales?

_ ¿Otras modificaciones apreciadas, en opinión de los padres?

SI.... NO....

¿Cuales?

_ ¿Han considerado necesaria o útil, en la actualidad, la información que recibieron Vds durante el proceso terapéutico del paciente?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Han considerado necesaria o útil, en la actualidad, la información que recibió el paciente durante el proceso terapéutico?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

- ¿En opinión de los padres aprecian nuevos problemas o síntomas en el paciente en la actualidad?

SI.... NO....

¿Cuales?

- ¿En opinión de los padres están relacionados con el episodio anterior?

SI.... NO....

¿Porqué?

- ¿Ha consultado algún otro miembro de la familia en estos meses?

SI.... NO....

¿Quien?

-OBSERVACIONES

PROTOCOLO DEL INFORME SEMESTRAL DE SEGUIMIENTO.

NO TRATAMIENTO: PACIENTE

CASO Nº: ENTREVISTA: DIRECTA ....

TELEFONICA....

TERAPEUTA: .....

ENTREVISTADOR: .....

OBSERVADOR: .....

FECHA: PACIENTE ....

_ ¿Se mejoraron los síntomas del motivo de consulta del paciente?

1 2 3 4 5

¿Como?

_ ¿En qué ámbito lo aprecia?

Padres ....

Hermanos ....

Colegio ....

Terceros ....

Todos ....

_ ¿Desde la visita a Salud Mental ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus padres?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus hermanos/as?

1 2 3 4 5

¿Como?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con sus amistades?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental ha apreciado el paciente modificaciones en las relaciones con otras personas?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental el paciente modificaciones en los centros de interés personales?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental ha apreciado el paciente modificaciones en su rendimiento académico?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

¿Otras modificaciones apreciadas, en opinión del paciente, desde su última visita a Salud Mental?

SI.... NO....

¿Cuales?

_ ¿Ha considerado el paciente necesaria o útil, en la actualidad, la información que recibió del especialista en su visita a Salud Mental?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Ha considerado el paciente necesaria o útil, en la actualidad, la información que recibieron sus padres en su visita a Salud Mental?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

- ¿En opinión del paciente aprecia nuevos problemas o síntomas en la actualidad?

SI.... NO....

¿Cuales?

- ¿En opinión del paciente están relacionados con el episodio anterior?

SI.... NO....

¿Porqué?

- ¿Ha consultado algún otro miembro de la familia en estos meses?

SI.... NO....

¿Quien?

-OBSERVACIONES

PROTOCOLO DE INFORME SEMESTRAL DE SEGUIMIENTO.

NO TRATAMIENTO: PADRES

CASO Nº: ENTREVISTA: DIRECTA ....

TELEFONICA....

TERAPEUTA: .....

ENTREVISTADOR: .....

OBSERVADOR: .....

FECHA: PADRE .... MADRE ....

_ ¿Se mejoraron los síntomas del motivo de consulta del paciente?

1 2 3 4 5

¿Como?

_ ¿En qué ámbito lo aprecian?

Padres ....

Hermanos ....

Colegio ....

Terceros ....

Todos ....

_ ¿Desde la visita a Salud Mental han apreciado modificaciones en las relaciones del paciente con sus ustedes?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental han apreciado modificaciones en las relaciones del paciente con sus hermanos/as?

1 2 3 4 5

¿Como?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental han apreciado modificaciones en las relaciones del paciente con sus amistades?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental han apreciado modificaciones en las relaciones del paciente con otras personas?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental han apreciado modificaciones en los centros de interés personales que tenía el paciente antes del tratamiento?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿Desde la visita a Salud Mental han apreciado modificaciones en el rendimiento académico del paciente?

1 2 3 4 5

¿Cuales?

_ ¿En su opinión han apreciado en el centro escolar alguna sintomatología en el paciente desde la finalización del tratamiento?

1 2 3 4 5

Cuales?

_ ¿Otras modificaciones apreciadas, en opinión de los padres?

SI.... NO....

¿Cuales?

_ ¿Han considerado necesaria o útil, en la actualidad, la información que recibieron Vds del especialista en la visita del paciente a Salud Mental?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

_ ¿Han considerado necesaria o útil, en la actualidad, la información que recibió el paciente del especialista en su visita a Salud Mental?

1 2 3 4 5

¿Porqué?

- ¿En opinión de los padres aprecian nuevos problemas o síntomas en el paciente en la actualidad?

SI.... NO....

¿Cuales?

- ¿En opinión de los padres están relacionados con el episodio anterior?

SI.... NO....

¿Porqué?

- ¿Ha consultado algún otro miembro de la familia en estos meses?

SI.... NO....

¿Quien?

-OBSERVACIONES