

# Epidemiología clínica de las neurosis en niños y adolescentes: a propósito de un estudio en la provincia de Tarragona

Andrés García Siso\*

## RESUMEN

Se estudia la epidemiología de los trastornos neuróticos, tratados en los centros de salud mental infantil y juvenil, de la provincia de Tarragona (España), durante 1997. A destacar: el 15% de los pacientes diagnosticados de neurosis siguen tratamientos de entre dos y cinco años, con una prevalencia igual en ambos sexos, pero diferente en función del tipo de neurosis y grupo de edad. Las más frecuentes son la depresiva y de angustia, seguidas de las fóbicas y caracteriales. El 67% de las neurosis presentan factores de riesgo. PALABRAS CLAVE: neurosis, epidemiología, infancia, adolescencia

## ABSTRACT

We study the epidemiology of neurotic disorders treated in the Child and Juvenile Mental Health Centres of the province of Tarragona (Spain) during 1997. Highlights: 15% of patients diagnosed with neurosis received treatment for two to five years, with equal prevalence for both sexes, differences depending on the type of neurosis and age group. The most frequent are the depressive and anxiety, followed by the phobic and character neurosis. 67% of the neurosis present risk factors. KEY WORDS: neurosis, epidemiology, childhood, adolescence.

## RESUM

S'estudia l'epidemiologia dels trastorns neuròtics, tractats en les centres de salut mental infantil i juvenil de la província de Tarragona (Espanya), durant el 1997. Cal destacar-ne: el 15% dels pacients diagnosticats de neurosis segueixen tractaments entre dos i cinc anys, amb una prevalència igual en ambdós sexes, però diferents en funció del tipus de neurosis i grup d'edat. Les més freqüents són la depressiva i la d'angoixa, seguides de les fòbiques i les caracterials. El 67% de les neurosis presenten factors de risc. PARAULES CLAU: neurosis, epidemiologia, infància, adolescència.

En este trabajo nos proponemos realizar un análisis descriptivo de los trastornos neuróticos, a partir del trabajo asistencial realizado en los 7 centros ambulatorios de salud mental infantil y juvenil, de la provincia de Tarragona; haciendo especial énfasis en la alta prevalencia de las neurosis y su relación con los factores de riesgo ambientales. Antes de presentar nuestros datos, haremos una breve revisión bibliográfica sobre los trastornos neuróticos de la infancia.

El interés por el estudio de los síntomas neuróticos durante esta etapa de la vida y de su importante asociación con los factores de riesgo del entorno, se centra, en gran medida, en el conocimiento de cómo se distribuyen estos síntomas, en la clínica infanto-juvenil y si es posible prevenir –una parte– de los trastornos mentales, a partir de programas adecuados que intervengan sobre dichos problemas infantiles y sus factores de riesgo. En este sentido se observó (Twenge J M, 2000) que algunos factores de riesgo del entorno relacionados con la seguridad, repercutían en el incremento de la ansiedad y neuroticismo en los niños. Para ello los autores compararon niños de 1980 con niños

*Psiquiatra Jefe de Servicio. Instituto Pere Mata. Unidad de Psiquiatría. Universidad Rovira i Virgili.  
Coordinador CSMIJTarragona (España)  
Correspondencia: [agsiso@hotmail.es](mailto:agsiso@hotmail.es)*

pacientes psiquiátricos de los años 50; éstos últimos eran significativamente menos ansiosos, concluyendo que dichos factores relacionados con la seguridad influyeron más que los económicos en estos síntomas neuróticos. Igualmente, trastornos de la relación madre-hijo y síntomas neuróticos en la infancia, se asociaron a depresión en la mujer, pero no en el hombre (Veijola J; Puuka P; Lehtinen V; Moring J; Lindholm T, 1998) y los factores de riesgo que produjeron un traumatismo en la infancia, correlacionaron con el trastorno disociativo (Thomsen PH, 1996).

El otro gran foco de interés de estos estudios, es si los síntomas neuróticos durante la primera infancia, predicen trastornos mentales en el adulto y dentro de ellos, los del mismo espectro neurótico. Un estudio prospectivo de seguimiento durante más de 50 años, concluyó que los trastornos por quejas somáticas del adulto, correlacionaban con síntomas neuróticos en su infancia (Laederach-Hofmann; Zundel-Funk; Drayer J; Lauber P et als, 1999). En otra cohorte (Pierce EW; Ewing LJ; Campbell SB, 1999) se demuestra que los niños con mayor intensidad y variedad de síntomas en la primera infancia, entre otros los neuróticos, tienen mayor probabilidad de que estos problemas persistan, sobre todo, presentando síntomas externalizadores, esto es, de expresión comportamental más que vivencial.

En un estudio de seguimiento de un significativo número de pacientes psiquiátricos ingresados durante la infancia y adolescencia, se pudo comprobar que algunos diagnósticos correlacionaban con reingresos en la edad adulta; entre ellos, aquellos que a veces se consideran menos graves, como las neurosis, los trastornos adaptativos o del comportamiento (Thomsen PH, 1998). También otro trabajo de seguimiento, pudo demostrar que la patología infantil que luego se continuaba en el adulto, era del mismo espectro; siendo más vulnerables al trastorno psiquiátrico, aquellos varones que lo sufrieron en la infancia, no aumentando su mortalidad o conducta delincuencial (Steinhausen HC; Meier M; Angst J, 1998).

Otros estudios sobre las neurosis, como la obsesivo-compulsiva, nos dicen que su prevalencia es del 0,8% en la infancia y que persiste de forma estable. Añade, M. Bouvard (1995), que el comienzo del trastorno en la infancia o adolescencia, tiene mal pronóstico, exceptuando solamente a los rituales propios del niño de tres a cinco años. En esta línea se dice que la instauración paulatina de una neurosis -neurasténica o histérica-, tiene peor pronóstico que su aparición aguda (Pofokrytov VS, 1976). Finalmente, citar un trabajo aleccionador que plantea la necesidad de una mejor atención y tratamiento de las neurosis infantiles a las que, con frecuencia, se las considera como "problemas menores". Siguiendo a un grupo de pacientes neuróticos adultos jóvenes y a un grupo control, se comprobó que el 75% del grupo de neuróticos tratados en la infancia, mostraban trastornos psíquicos de adultos, frente al 15% del grupo control; concluyendo el autor que se han de realizar tratamientos mucho más eficaces de los que hasta ahora se diseñan para las neurosis infantiles (Waldron S Jr, 1976).

Los diferentes estudios mencionados anteriormente, de una u otra forma, vendrían a concluir que la detección precoz de síntomas neuróticos y factores de riesgo ambientales, permitirá disminuir el trastorno mental en el adulto, siempre que medien intervenciones adecuadas.

Por lo que respecta a nuestro trabajo, se pretende, básicamente, los siguientes objetivos:

- Describir las características de los pacientes atendidos en los centros de atención ambulatoria infantil y juvenil de la provincia de Tarragona que, de acuerdo con la clasificación francesa de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia (CFTMEA), corresponden a la etiqueta diagnóstica de neurosis. Por lo que respecta a este grupo se trataría de conocer: prevalencia clínica; relación de frecuencias respecto a variables sociodemográficas y subtipos de neurosis, factores de riesgo y tipos de tratamiento.

- Constatar la existencia de diferentes abordajes terapéuticos en función del subtipo clínico de neurosis, o la asociación entre factores de riesgo etiopatogénico y subtipos clínicos. Consideramos que estas informaciones cuantitativas, pueden ser de utilidad a la hora de planificar dispositivos de psicoterapia para estas patologías, especialmente en Cataluña, donde sólo existe una unidad pública de psicoterapia infanto-juvenil, de orientación psicodinámica, y se pretenden crear nuevas unidades de psicoterapia.
- Reflexionar sobre la organización y planificación de los servicios asistenciales, con el fin conocer la necesidad de tratamientos psicoterápicos específicos, en grupos diana infanto-juveniles.
- Por último, este trabajo además de ser empírico, busca articular los datos obtenidos, con conceptos psicodinámicos, pues es razonable suponer que: a) existen diferencias significativas por edad, sexo, población de referencia, número de factores de riesgo y tipo de tratamiento, entre los diversos subtipos de neuróticos; b) que estas diferencias habrán de ayudarnos a definir grupos diana de pacientes neuróticos, diferentes por edad, subtipo clínico, factores de riesgo concomitante y tipo de tratamiento realizado, proponiendo a algunos de estos subgrupos como especialmente tributarios para un posible “programa o futuro centro específico de psicoterapia infantil” y c), la distribución porcentual de las distintas neurosis con los factores de riesgo, edad y sexo de los afectados, nos informa descriptivamente de la patoplastia de las neurosis de nuestro tiempo.

## Metodo y material

### Sujetos

Para esta investigación de epidemiología clínica, tomamos el conjunto de casos que tratados durante 1997, en los centros de atención infantil y juvenil en la provincia de Tarragona los cuales, en su conjunto, constituyen todo el sistema ambulatorio público de atención a la salud mental para estas edades. La población general de referencia es de 125.000 personas, entre 0 a 17 años. El número de casos con el diagnóstico de neurosis fue de 558 (N), que representan el 25% del total de 2.231 casos atendidos durante ese año.

### Instrumentos

Para la realización de este trabajo, los diferentes centros de salud mental infanto-juvenil (CSMIJ) de la provincia de Tarragona (en total 7 dispositivos de atención ambulatoria), se hicieron eco de las recomendaciones de Rey Calero et al. (1996), sobre “la calibración del instrumento y el consenso regularmente establecido, de los profesionales respecto de los conceptos e instrumentos utilizados de forma cotidiana en el trabajo de recogida de datos clínicos, única forma de evitar fuertes desviaciones”. El hecho de escoger la base de datos de 1997, se debe a que el conjunto de profesionales de los diferentes centros, durante los años 1996-97, efectuaron un trabajo de calibración en cuanto al sistema de recogida de datos diagnósticos y terapéuticos, mediante ejercicios a ciegas sobre los mismos casos clínicos que resolvían cada uno de los profesionales por separado, y que luego eran discutidos y consensuados en las reuniones de formación permanente dedicadas a comprobar la idoneidad de los diferentes ejes diagnósticos (CFTMEA) y terapéuticos, así como el grado de consenso interprofesional alcanzado. Estos ejercicios se demostraron imprescindibles cada vez que se incorporaba algún nuevo profesional y, también, nos demostró que el propio paso del tiempo tendía a disminuir el grado de consenso, tal como señala Rey Calero especialmente si se quieren obtener datos fiables de un grupo grande de profesionales –en nuestro caso éramos 10, entre psiquiatras y psicólogos–.

Los criterios diagnósticos empleados, así como los factores de riesgo registrados, son los que proporciona la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales de la Infancia y de la Adolescencia

(CFTMEA, 1990). Conviene recordar que el DSM IV (1995) ni siquiera nombra a las neurosis y que sólo aparecen en el CIE MIA 10 (2001), de reciente traducción al español. Hay que decir, que las sucesivas ediciones de la CIE, referidos a infancia y adolescencia, cada vez se acercan más a lo descrito por la CFTMEA, que va por delante en la descripción de cuadros clínicos en estas edades. Así, pues, el uso de la CFTMEA se debe en nuestro caso a dos razones principales: el ser específica para la infancia y la adolescencia y el que, siendo descriptiva, además está orientada por la concepción de las estructuras clínicas del psicoanálisis.

### **Análisis estadístico**

Se efectuaron comparaciones entre el grupo de neuróticos y el resto de los pacientes tratados en el CSMIJ por trastornos no neuróticos e igualmente se comparan los subtipos de neuróticos entre sí. Los métodos estadísticos empleados son: las frecuencias, tal como aparecen en la tabla 1 y, para comparar grupos, los métodos no paramétricos: *U de Mann Whitney*, *Kruskal-Wallis* y los cualitativos como *chi-cuadrado*.

La *U de Mann Whitney* se utilizó con variables ordinales para comparar los grupos experimental de neuróticos y de control, así como en algunas comparaciones dentro del grupo de neuróticos, cuando la variable dependiente tiene 2 valores, como por ejemplo: sexo, subgrupos de neuróticos. El *Kruskal-Wallis* se utilizó para comparar las diferentes variables del grupo experimental respecto de aquellas otras que tenían más de dos valores, como son, pongamos por caso: población de residencia y tipo de alta. Finalmente, *Chi cuadrado* sirvió para comparar dentro del grupo experimental y entre éste y el grupo control las variables cualitativas o que se habían transformado en tales. Las diferencias significativas se establecieron con  $p < 0,05$  bilateral.

### **Resultados**

En la Tabla 1 (Ver Anexo) se recogen los datos referentes al grupo de neuróticos en su conjunto y a continuación se presentan los resultados comparativos entre subgrupos de neuróticos. Como puede verse en la tabla, las neurosis, con un 25% del total de los pacientes atendidos, es un grupo psicopatológico que constituye una demanda cuantitativamente importante en la clínica psiquiátrica de la infancia y de la adolescencia, en los centros donde se realizó el estudio.

En relación a la variable sexo, no influye en la prevalencia clínica de las neurosis, sobre todo, en los más pequeños. Si distinguimos por grupos de edad, los de 9-11 y 12-14 años suelen ser varones, con motivo de consulta por trastornos del comportamiento, comorbilidad instrumental, y reciben más psicoterapia de apoyo familiar. Mientras que en el grupo de 15-17 años, predominan las mujeres, con motivo de consulta por trastorno de las emociones, comorbilidad de expresión somática, apuntándose el FR de malos tratos. Tampoco el tamaño poblacional parece influir en la proporción de neuróticos tratados. Esto ya lo hemos observado en otras investigaciones realizadas en nuestro territorio, que la proporción de diferentes patologías que acuden a nuestro servicio, es semejante.

Como en el resto de las patologías, son los equipos sanitarios de atención primaria, los principales detectores de las neurosis. El motivo de solicitud o forma de demanda, es de tipo emocional, pero las alteraciones de comportamiento sigue siendo un motivo importante de manifestación de la demanda. Alrededor de un 67% de los casos presentan factores de riesgo, lo que significa una cifra importante, que se ha de tener en cuenta a la hora de instaurar el tratamiento. La intensidad, o frecuencia de visitas, como consta en la Tabla 1 es muy variada; y los tratamientos más utilizados son: psicoterapia individual focal (60%) y psicoterapia familiar de apoyo (40%).

Por lo que respecta a las comparaciones entre subgrupos diagnósticos de esta patología, podemos

destacar que:

- En las neurosis de carácter, predominan en quienes tienen mayor proporción de factores de riesgo del entorno (destaca la enfermedad mental de los padres y el maltrato);
- en las neurosis con bloqueo instrumental, predominan en varones de edad escolar;
- las neurosis obsesiva es un ligeramento superior en los varones;
- las neurosis de inhibición predomina en la mujer, al igual que la histeria;
- lo mismo ocurre con las neurosis depresiva y de angustia, que se asocian a chicas
- adolescentes con más factores de riesgo del entorno, lo que podría ser indicativo del estilo de enfermar de la mujer adulta.
- Finalmente, las neurosis fóbica, histérica y obsesiva, presentan menos factores de riesgo que las demás, lo que parece coherente con que se trate de un problema más intrapsíquico.

### Discusión y conclusiones

Posiblemente interviniendo adecuadamente en este grupo de pacientes neuróticos, que suponen el 25% del total de casos tratados en un CSMIJ, realizaremos prevención de dicho trastorno en el adulto. Un subgrupo de neuróticos, que parece estar alrededor del 10-20% de los casos, lleva en tratamiento entre 2 y 5 años, lo que nos indica que hemos de prestar especial atención a ciertas patologías neuróticas, que en no poca proporción son o están comenzando a ser trastornos mentales graves. Este sería al menos uno de los subgrupos tributarios de un centro de psicoterapia infanto-juvenil.

Este conjunto de resultados, nos ayuda a identificar mejor los grupos de neuróticos que tratamos. Es curioso ver cómo la prevalencia de las distintas neurosis va disminuyendo desde las de ansiedad y depresión, pasando por las de carácter y fóbica, junto a las de inhibición general o de las funciones instrumentales, para llegar a las de histeria y obsesión, cuya prevalencia es la menor.

Siguiendo este orden prevalencia clínica mostraremos, para concluir, una serie de posiciones defensivas que, a nuestro entender, realiza el sujeto ante los conflictos.

1. En este caso, los síntomas poco estructurados, tales como la ansiedad o depresión, constituyen una forma de resistir y alarmar, ante los conflictos generados por la presencia de factores de riesgo ambientales –las depresiones son las neurosis asociadas a un mayor número de factores de riesgo del entorno, destacando el de los trastornos mentales en la familia y el de las rupturas de lazos afectivos, por tanto, ligadas a la realidad práctica–.
2. *Deformarse o atacar.* A continuación, en orden de frecuencia, se ponen en juego unos mecanismos defensivos, a base de reforzar un rasgo de carácter o de expresar un modo conflictivo de comportamiento –como forma reactiva o adaptativa a una herida narcisística– Se observa que estos pacientes presentan una fuerte asociación con factores de riesgo del entorno, destacando el trastorno psicológico comprobado en la familia y, como en las depresiones, este trastorno caracterial está ligado, también, a la realidad práctica.
3. *Defenderse huyendo o evitando.* Con una frecuencia algo similar a la anterior, las neurosis fóbicas centran el conflicto en la realidad psíquica, aunque tratan al objeto fóbico como si fuera del entorno; esta neurosis, comparada con las anteriores, se asocia con muy pocos factores de riesgo del entorno.  
Otra forma de defenderse y de evitar el sufrimiento, es optar por quedarse quieto o inhibir la actividad del yo –bloqueándose a nivel general, o en las funciones de la inteligencia o aprendizaje–; la inhibición instrumental predomina en varones de edad escolar y primera adolescencia, estando algo asociada a factores de riesgo del entorno. Estas dos neurosis de inhibición, presentan menos factores de riesgo que las depresivas y las de carácter.
4. *Defenderse reprimiendo:* Finalmente, con menor frecuencia, se ponen en juego otras defensas más complejas que logran reprimir y dejar en el olvido el conflicto psíquico; mediante la

conversión o el aislamiento, el sujeto logra no saber del conflicto, es el caso de la histeria y la obsesión, neurosis ligadas a menos factores de riesgo. La prevalencia de los subtipos de neurosis disminuye de las menos a las más organizadas y de las que presentan más factores de riesgo a las que tienen menos; al mismo tiempo que las defensas neuróticas más frecuentes localizan el conflicto del sujeto en un objeto de la realidad práctica, mientras que las menos frecuentes lo localizan en la realidad psíquica.

Diremos pues, que los niños y adolescentes actuales, al padecer de estas neurosis, dan cuenta de sus dificultades para adaptarse y entender lo que les ocurre en relación a los conflictos con las personas y hechos de su entorno. De esta manera, ante un conflicto tienden principalmente a reaccionar con una sintomatología depresiva –culpa, inseguridad, etc.–, ansiedad, impotencia, inhibición o fracaso escolar, así como con reacciones caracteriales, siendo menos frecuentes las neurosis histéricas y obsesivas.

### Comentario final

Sobre la posibilidad de poner en marcha un programa o centro específico de psicoterapia infantil y juvenil, nos parece oportuno señalar una serie de aspectos que estarían vinculados directamente con la atención a los pacientes diagnosticados de patología neurótica. En este sentido, se debería tener presente que:

-La psicoterapia individual focal es el tratamiento principal en nuestra práctica, lo que reafirmaría en la necesidad de un programa específico de psicoterapias para estas patologías, sin olvidar que, también, serían necesarias la psicoterapia de apoyo familiar y las intervenciones farmacológicas-

-Se necesitaría un subprograma para escolares, presumiblemente niños, con inhibición de las funciones instrumentales o trastornos del carácter y que acuden por problemas de comportamiento.

-Se necesitaría un subprograma para adolescentes que, en este caso, lo formarían en su mayor parte chicas que acuden por trastornos emocionales. Se tendrá en cuenta que la primera adolescencia tiende a interrumpir el tratamiento, por lo que la alianza terapéutica habrá de ser especialmente cuidada.

-En las neurosis fóbica, histérica y obsesiva, no se requerirán intervenciones específicas sobre los factores de riesgo del entorno, en comparación con las otras (en especial las neurosis de carácter), destacando en éstos casos la importancia de la enfermedad mental comprobada en la familia, que se debería tener en cuenta a la hora de la detección e intervención.

-Si tenemos en cuenta este estudio, del total de pacientes que recibieron asistencia en nuestros centros (de Tarragona, 1997), entre 60-80 casos eran neuróticos que llevaban más de dos años en tratamiento y que recibían entre 9 y 36 visitas anuales. Este tipo de pacientes serían los que integrarían el *grupo diana* del programa de psicoterapia, dada la importancia que representan a nivel asistencial. En cuanto al resto de pacientes neuróticos, entre 450 a 500, serían atendidos por el sistema general del CSMIJ, no necesitando en principio un programa específico de psicoterapia.

### Bibliografía

BOUVARD M (1995). Obsessive-compulsive disorder in the child and adolescent: developmental aspects and therapeutic strategies. *Encephale*. 1995 Jan-Feb; 21(1): 51-7.

CFTMEA (1990). Clasificación française du troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 38 année.oct-nov., 10-11. Número monográfico dedicado a: Classification Française des Troubles Mentaux.

CIE MIA 10 (2001). Traducción de Josep Tomás, Ed.Gráficas Letra.

DSM IV (1995). Editorial Masson, Barcelona.

ELLASON JW; ROSS CA; FUCHS DL (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry Fall*, 59(3):255-66

GARCÍA SISO, A (1999). Factores extraclínicos que influyen en la elección de tratamientos realizados en salud mental Infanto-juvenil, *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2, abril- junio; pp.104-114.

- JURGENSEN R; WEBER K (1999). Physical and psychological status of 60-70-year-old citizens of Bern with neurotic symptoms in childhood-a study over more than 50 years (Emmental cohort), *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 48(10):751-77.
- PIERCE, EW; EWING LJ; CAMPBELL SB (1999). Diagnostic status and symptomatic behavior of hard-to-manage preschool children in middle childhood and early adolescence. *J Clin Child Psicol*, 28(1):44-57.
- PODOKRYTOV VS (1984). Causes and conditions for the development of protracted neuroses, *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova*, 84(11):1670-4.
- REY CALERO ET AL (1996). *Fundamentos de epidemiología clínica*. Madrid, Ed. Síntesis.
- STEINHAUSEN HC, MEIER M, ANGST J (1998). The Zurich long-term outcome study of child and adolescent psychiatric disorders in males. *Psychol Med*, 28(2):375-83.
- THOMSEN PH (1996). A 22- to 25-year follow-up study of former child psychiatric patients: a register-based investigation of the course of psychiatric disorder and mortality in 546 Danish child psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*, 94(6):397-403.
- THOMSEN PH (1998). Long-term course among child psychiatric patients. A registry-based study of psychiatric morbidity and mortality among 546 Danish children, *Ugeskr Laeger*, 160(19):2863-6.
- TWENGE JM (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952, *J Pers Soc Psychol*, 79(6):1007-21.
- VEIJOLA J, PUUKKA P, LEHTINEN V, MORING J, LINDHOLM T, VAISANEN (1998). Sex differences in the association between childhood experiences and adult depression. *Psychol Med*, 28(1):21-7.
- WALDRON S JR (1976). The significance of childhood neurosis for adult mental health: a follow-up study. *J Psychiatry*, 133 (5): 532-8.

## Anexos

**Tabla 1. Población diagnosticada de neurosis según características sociodemográficas y asistenciales.**

<i>Prevalencia clínica de las neurosis</i>	
Prevalencia clínica	25% (n = 558)
Prevalencia poblacional	0,44% (125.000 de 0-17 años)
<i>Sexo</i>	
Varones	50,9%
Mujeres	49,1%
<i>Edad</i>	
3-5 años	5%
6-8 años	14%
9-11 años	25%
12-14 años	25%
15-17 años	25%
<i>Poblacion de residencia</i>	
> 80.000h.	25%
30-80.000h.	25%
9-30.000h.	25%
< 9000h.	25%
<i>Procedencia</i>	
Sanitaria	1 <sup>a</sup>
Escolar	2 <sup>a</sup>

<i>Motivo de solicitud</i>		
Emocional		24%
Comportamiento		29%
Expresión somática	13%	
Aprendizaje		5%
Otros (- 5% c/u)	29%	
<i>Diagnóstico</i>		
Neurosis depresiva		28,9%
Neurosis de angustia	15,9%	
Neurosis fóbicas		12,4%
Carácter y comportamiento		16,3%
De la inhibición		9,1%
Bloqueo instrumental		7,2%
Neurosis histérica		5,4%
Neurosis obsesiva		4,5%
<i>Factores de riesgos (FR)<sup>a</sup></i>		
Sin FR		33,2%
Con 1-2 FR		61,1%
Con más de 2 FR		5,7%
<i>FR Orgánico</i>		
Afecciones perinatales		1 <sup>ob</sup>
Enf. Invalidantes		2 <sup>o</sup>
Convulsiones		3 <sup>o</sup>
<i>FR Ambiental</i>		
T. mental familiar, Ruptura lazos afectivos, Contex. Fam. Peculiar		1 <sup>o</sup>
carencias socioeduc y malostratos		2 <sup>o</sup>
<i>Tratamientos</i>		
<i>Intensidad:</i>		
1-3 visitas/año		45%
4-8 visitas/año		36%
9-36 visitas/año		19%
1 visita/semanal		2 casos
<i>Especificidad<sup>c</sup>:</i>		
Psic. Individual focal		60% casos
Psic. Familiar de apoyo		40%
Otras intervenciones <sup>d</sup>		20%
<i>Duración del tratamiento</i>		
Menos de 1 año		60%
Dos años		30%
De 3 a 5 años	10%	

a. Para conocer en detalle el contenido de los FR orgánicos y del entorno, consultar la CFTMEA.

b. Se hace alusión con el número de orden (1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>), a la frecuencia con que se presentan ciertos FR entre los niños y adolescentes neuróticos.

c. La suma de los porcentajes de las intervenciones supera el 100%, esto se debe a que con algunos de los pacientes se emplearon más de un tipo de tratamiento.

d. Psicofármacos y psicoterapias: grupal, cognitivo-conductual, psicodinámica individual y familiar.