

Hospitalizaciones psiquiátricas de población infanto-juvenil: un estudio epidemiológico de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina

Paola Buedo

*Médica. Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Privada Bahiense.
Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina
E-mail: paola.buedo@uns.edu.ar*

Julieta Mena

*Médica. Psiquiatría Infanto-Juvenil. Clínica Privada Bahiense.
Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina*

Resumen

Introducción: En los últimos años, se registra un incremento en las consultas psiquiátricas infanto-juveniles. La población infanto-juvenil es un grupo vulnerable debido al momento evolutivo en el que se encuentran. Son el sustrato del impacto de las crisis familiares y sociales. Es necesario conocer los trastornos prevalentes, y el perfil epidemiológico de la población en cuestión, para colaborar con una mejor comprensión del fenómeno y efectuar adecuados abordajes familiares e individuales en la temática. **Material y método:** Se describe el número de niños y adolescentes que utilizaron el dispositivo hospitalario de internación en el sector privado de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina, del 2014 al 2016. Se analizaron las historias clínicas de las personas internadas comprendidas en el rango etario de 12 a 19 años. **Resultados:** La población objeto posee una media de edad de 16 años; casi el 90% de la población esta escolarizada; más del 60% tiene como hogar una vivienda propia y convive con su familia nuclear. El motivo de ingreso que demandó mayor cantidad de días de internación fue el de Trastorno destructivo del control de los impulsos y de la conducta. El porcentaje de reinternación de este estudio fue de 31,6%. **Conclusión:** La íntima relación de la creciente incidencia de trastornos mentales en la población infanto-juvenil con la escasa disponibilidad que tienen las familias y la sociedad para contener y cuidar a esta población vulnerable, se evidencia más a menudo.

Palabras clave: Psiquiatría infantil - Psiquiatría del adolescente – Hospitalización.

PSYCHIATRIC HOSPITALIZATIONS OF CHILD-YOUTH POPULATION: AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF BAHÍA BLANCA CITY, ARGENTINA

Abstract

Introduction: In recent years, there has been an increase in child and adolescent psychiatric consultations. The infant-youth population is a vulnerable group due to the evolutionary moment in which they are. They are the substrate of the impact of family and social crises. It is necessary to know the prevalent disorders, and the epidemiological profile of the population in question, to collaborate with a better understanding of the phenomenon and to make appropriate family and individual approaches in the subject. **Materials and methods:** The number of children and adolescents who used the hospitalization device in the private sector of the city of Bahía Blanca, Argentina, from 2014 to 2016 is described. The medical records of hospitalized patients in the 12 to 19 year age range were analyzed. **Results:** The target population has an average age of 16 years; Almost 90% of the population is in school; More than 60% have their own home and live with their nuclear family. The reason for admission that demanded more days of hospitalization was Destructive, Impulse Control and Behavior Disorder. The reinternation rate of this study was 31.6%. **Conclusion:** The intimate relationship of the increasing incidence of mental disorders in the child and adolescent population with the availability of families and society to contain and care for this vulnerable population is more evident.

Keywords: Child psychiatry - Adolescent psychiatry – Hospitalization.

Introducción

En los últimos años, se registra un incremento en las consultas psiquiátricas infanto-juveniles (1, 2, 3). Esto no se ve reflejado en la literatura científica, en tanto hay escasos trabajos publicados al respecto, aún mayor respecto a los datos del ámbito privado.

Es necesario conocer los trastornos prevalentes, y el perfil epidemiológico de la población en cuestión, para colaborar con una mejor comprensión del fenómeno y efectuar adecuados abordajes familiares e individuales en la temática. Además, es una problemática que se prioriza en tratados de organizaciones internacionales, tales como la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, y en Argentina, de la Ley Nacional de Salud Mental (1-5).

En la ciudad de Bahía Blanca, Argentina, se encuentra la Clínica Privada Bahiense, institución sanitaria dedicada a la atención y el cuidado de personas con sufrimiento mental, destinada a quienes poseen cobertura social de salud. Es la única institución de la ciudad y del sur del país que cuenta con recursos humanos y materiales de manera continua para la atención y el cuidado de trastornos psiquiátricos infanto-juveniles.

La clínica cuenta con una guardia psiquiátrica externa, en donde se atienden las emergencias psiquiátricas; al llegar el paciente se realiza una entrevista por el equipo profesional y decide la terapéutica a seguir en conjunto con la persona que lo acompaña. El concepto de emergencia psiquiátrica se define como un trastorno grave del estado del ánimo, el pensamiento o la conducta que requiere atención inmediata. Esto no implica necesariamente la internación psiquiátrica (7, 8, 9, 10). Las urgencias por causas mentales o urgencias psiquiátricas se caracterizan por ser cuadros clínicos en los que se presenta una ruptura o disrupción del funcionamiento mental y comportamental del niño-adolescente en un grado de tal intensidad que impide la adaptación consigo mismo, la familia o la sociedad y requiere de una intervención sanitaria terapéutica para evitar un daño o un riesgo personal, familiar o social mayor. Entre las principales razones que motivan una consulta de urgencia por causa mental, se identifican los problemas relacionados con la violencia, los comportamientos suicidas, las crisis de ansiedad, el abuso de sustancias y los problemas conductuales, que requieren como estrategia terapéutica, en algunas ocasiones, de una hospitalización. La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social (1, 4, 5).

La población infanto-juvenil es un grupo vulnerable debido al momento evolutivo en el que se encuentran. Son el sustrato del impacto de las crisis familiares y sociales. Las hospitalizaciones por causas psicosociales y familiares en el período 2000-2010 mostraron una tendencia en aumento (11). La frecuencia de circunstancias psicosociales cada vez más severas, disfunción o violencia familiar y/o social derivan en trastornos mentales de difícil resolución.

Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que los trastornos

mentales y del comportamiento afectan a entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes (7). En América Latina y el Caribe, según algunos estudios seleccionados, la prevalencia puntual de cualquier trastorno varía de 12,7% a 15% (16). Estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz. Entre el 1,5 y el 2% requerirá una internación psiquiátrica durante la etapa mencionada, con alta probabilidad de que cronifiquen el trastorno hacia la adultez.

Este artículo tiene como objetivo describir el número de niños y adolescentes que utilizaron el dispositivo hospitalario de internación en el sector privado de la ciudad de Bahía Blanca del 2014 al 2016.

Material y método

Se efectuó un estudio de tipo descriptivo cuantitativo observacional, con uso de fuentes secundarias para la obtención de datos.

Se analizaron las historias clínicas de las personas internadas comprendidas en el rango etario de 12 a 19 años, ocurridos durante el 01 de mayo del 2014 al 31 de mayo del 2016 en la CPB.

Los registros en las historias clínicas son consecutivos y representan el total ocurrido en el lapso de tiempo mencionado.

Se confeccionó una ficha para la obtención de datos sobre las internaciones psiquiátricas donde se consignaron las siguientes variables, sus definiciones y escalas:

- Código: para asegurar el anonimato a la hora del análisis de datos; a igual código igual persona referida, así se pudo evaluar las re-internaciones.
- Sexo: Sexo biológico considerado como la "condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres.
- Edad: Tiempo cronológico de vida cumplido por el participante al momento de la internación. Expresada en años.
- Nivel académico: Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional. Primario completo o en curso; Secundario completo o en curso; Terciario o universitario Educación especial o integrada; Sin estudios.
- Grupo conviviente: Tipo de familia con el cual se convive. Familia tipo (padres con/sin hermanos); Familia monoparental (un solo padre); Familia extendida (padres con/sin hermanos más algún integrante de la familia ampliada: abuelos/tíos/primos/etc.); Solo; Otro (otras personas que conviven con o sin lazos sanguíneos que no son los padres).
- Vivienda: características del hogar. Propia; Alquilada; Prestada; Institución (Hogar residencial/hospital/escuela).
- Orden judicial: si la internación es precedida por una orden de evaluación emitida por un juez.
- Tiempo de internación: número de días que permaneció la persona internada.
- Motivo de ingreso: se utilizaron categorías diagnósticas, siendo que representaban todos los motivos de

ingreso. Se construyeron en base al DSM¹ 5 (2013), y se definieron como: Trastornos psicóticos; Trastornos depresivos; Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta; Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos; Tentativa suicida o ideación suicida.

- Tratamiento al alta: abordaje terapéutico que se instauró al momento del alta de la internación: Tratamiento psiquiátrico; Tratamiento psiquiátrico y psicológico; Hospital de día; Se retiró antes del alta médica; Centro/comunidad de rehabilitación de adicciones; Tratamiento psiquiátrico, psicológico y terapia familiar; Permanece internado.

Los datos fueron cargados en una planilla de cálculo, y se realizó la descripción de los datos y su análisis en el programa estadístico SPSS versión 19.0.

Resultados

Durante el periodo comprendido entre el 01 de mayo del 2014 al 31 de mayo del 2016 se internaron 54 personas y se realizaron 79 internaciones, lo que muestra un porcentaje de reinternación en la población estudiada de 31,6%. Tres historias clínicas no se encontraron de forma completa, por lo que se incluyeron en el estudio aunque hay datos que no se reportan y se aclara cuando así es.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población infantojuvenil que requirió internación psiquiátrica durante el 2014 al 2016 (n=54).

| Variable | Escala | Frecuencia relativa |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Sexo | Masculino | 55,7% |
| | Femenino | 44,3% |
| Grupo conviviente | Familia tipo | 60,8% |
| | Familia monoparental | 17,7% |
| | Otro | 11,4% |
| | Familia extendida | 5,1% |
| | Solo | 1,3% |
| | Sin datos | 3,7% |
| Vivienda | Propia | 64,5% |
| | Alquilada | 17,8% |
| | Institución | 10,1% |
| | Prestada | 3,8% |
| | Sin datos | 3,8% |
| Educación | Secundario completo o en curso | 60,8% |
| | Educación especial o integrada | 15,2% |
| | Primario completo o en curso | 10,1% |
| | Sin estudios | 6,3% |
| | Terciario o universitario | 3,8% |
| | Sin datos | 3,8% |

Los valores se expresan ordenados de mayor a menor, con excepción de la escala "Sin datos" que se coloca al final de todas las escalas de cada variable. La tabla fue elaborada por las autoras del trabajo.

| Variable | Medidas descriptivas | Valor |
|-------------|----------------------|-------|
| Edad | Media | 16,4 |
| | Mediana | 16 |
| | Moda | 15 |
| | Rango | 12-19 |

La variable "Edad" se presenta por separado porque no se expresa en frecuencia relativa como las anteriores, sino con medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (rango).

¹ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (en inglés, American Psychiatric Association, abreviado APA).

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de la población. En la Tabla 2 se muestran las características de las internaciones.

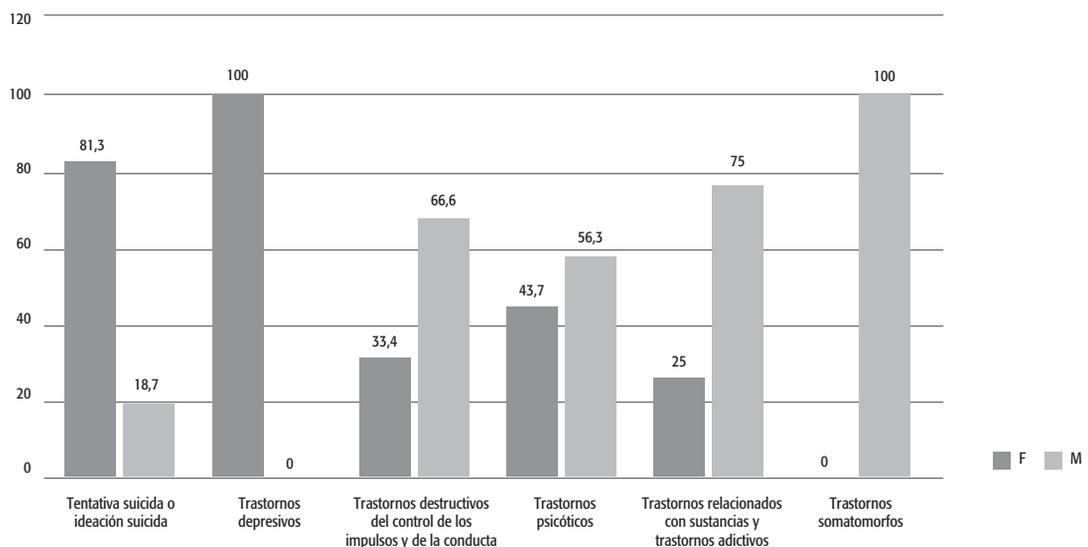
El Gráfico 1 muestra la frecuencia de los motivos de ingreso según género. En el Gráfico 2 se observa el motivo de ingreso y los días de internación. El Gráfico 3

Tabla 2. Características de las internaciones psiquiátricas de la población infantojuvenil ocurridas durante el 2014 al 2016 (n=79).

| Variable | Escala | Frecuencia relativa |
|------------------------------|--|---------------------|
| Tiempo de internación | Entre 7 y 15 días | 36,7% |
| | < 7 días | 31,6% |
| | Entre 16 y 30 días | 17,7% |
| | > 30 días | 14% |
| Orden judicial | No | 89,9% |
| | Sí | 10,1% |
| Tratamiento al alta | Tratamiento psiquiátrico y psicológico | 54,4% |
| | Tratamiento psiquiátrico | 12,6% |
| | Hospital de día | 10,1% |
| | Se retiró antes del alta médica | 7,6% |
| | Centro/comunidad de rehabilitación de adicciones | 5,1% |
| | Tratamiento psiquiátrico, psicológico y terapia familiar | 5,1% |
| | Permanece internado | 1,3% |
| | Sin datos | 3,8% |
| Motivo de ingreso | Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta | 38% |
| | Tentativa suicida o ideación suicida | 20,2% |
| | Trastornos psicóticos | 20,2% |
| | Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos | 15,2% |
| | Trastornos depresivos | 1,3% |
| | Trastornos somatomorfos | 1,3% |
| | Sin datos | 3,8% |

Los valores se expresan ordenados de mayor a menor, con excepción de la escala "sin datos" que se coloca al final de todas las escalas de cada variable. La tabla fue elaborada por las autoras del trabajo.

Gráfico 1. Motivos de ingreso según género.



muestra el motivo de ingreso y el grupo de convivencia. El Gráfico 4 muestra el tiempo de internación y el grupo de convivencia.

El 46,3% de las personas internadas cumple con tres categorías que podrían definirse como protectoras de la salud mental: casa propia, familia tipo y están escolarizados en instituciones no especiales.

Gráfico 2. Motivos de ingreso y días de internación.

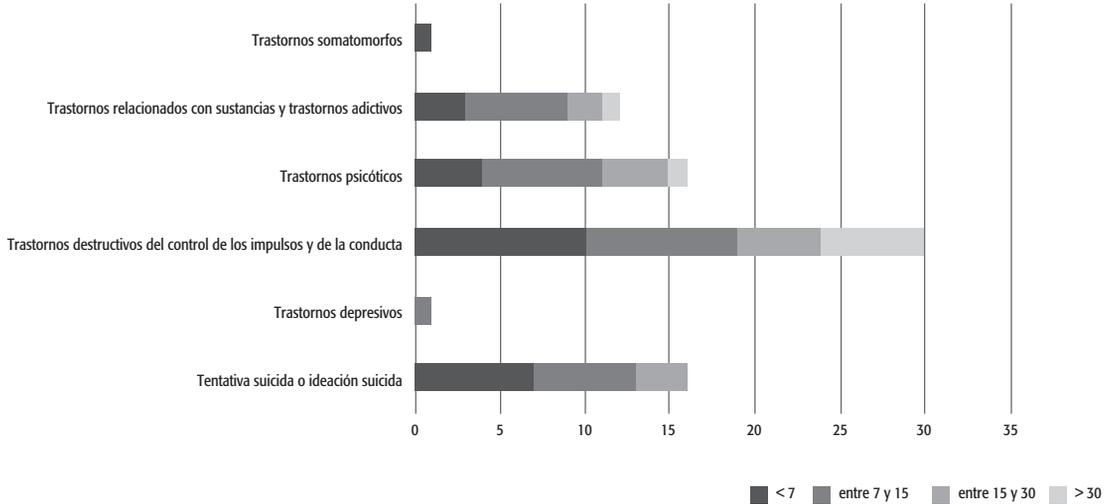


Gráfico 3. Motivos de ingreso y convivientes.

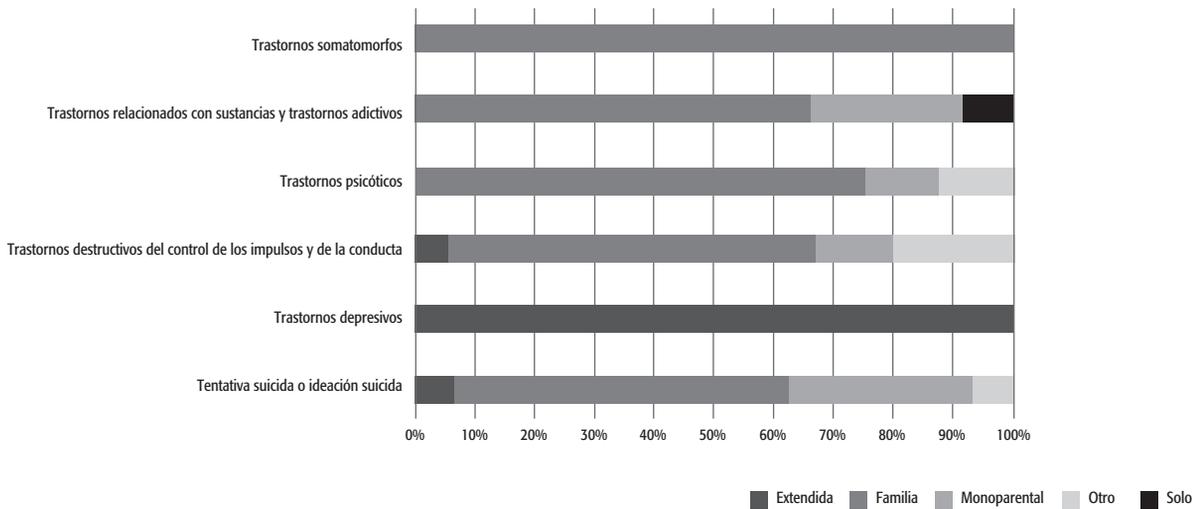
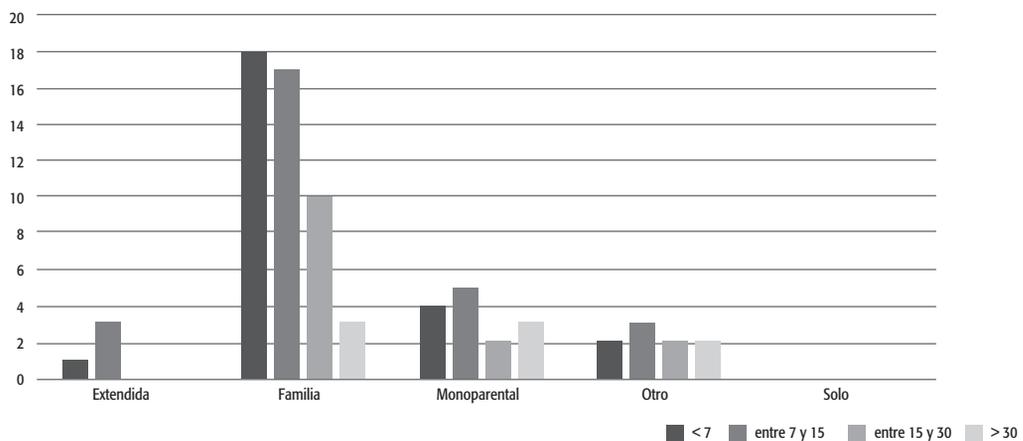


Gráfico 4. Tiempo de internación (días) y convivientes.



Discusión

El presente trabajo constituye una novedad dada la escasez de datos sobre la atención de la salud mental infanto-juvenil en general en la Argentina, y en particular en el ámbito privado.

Asimismo, sus limitaciones son las propias de un trabajo retrospectivo, sumado al sesgo de población, que muestra características específicas que difieren de la población que se atiende en los efectores públicos. La población objeto posee una media de edad de 16 años, en coincidencia con otros estudios (19) y un predominio del género masculino por sobre el femenino (55,7% vs 44,3%). La proporción del género se mantiene estable en todos los estudios encontrados (12-14, 19).

En relación a las variables socioculturales, casi el 90% de la población esta escolarizada (secundario completo o en curso 60,8%, educación especial o integrada 15,2%, primario completo o en curso y terciario o universitario 3,8%), más del 60% tiene como hogar una vivienda propia y convive con su familia nuclear (familia tipo 60%, familia monoparental 17,7%). Este dato es importante teniendo en cuenta que la mayoría de los estudios descriptivos se realizan en hospitales públicos donde la población es diferente. Un estudio realizado en el Hospital de Niños de la ciudad de Córdoba, Argentina (12) revela que el 25% de los niños hospitalizados no estaban escolarizados. En el hospital público psiquiátrico T. de Alvear de la ciudad de Buenos Aires (13), más de la mitad de los pacientes internados presenta pobreza estructural, y un 40% convive con un solo padre. En este estudio, el 17,7% tiene una familia monoparental. Muchas veces la variable socioeconómica representa dificultades para externar al paciente, alargando la hospitalización.

En un estudio realizado en una clínica privada en Chile, los datos respecto a la conformación familiar fueron similares, mostrando también el sesgo poblacional dado por la característica privada de la institución (16).

En relación al tiempo de internación, se observó que las variables < 7 días y entre 7 y 15 días representaban el 68,3% del total, siendo la estadía promedio de 12,2 días, coincidiendo con el estudio chileno (16). La bibliografía señala que en los hospitales monovalentes públicos la estadía promedio era de entre 23,68 días (12) y 55 días (13). En el efector polivalente público, la estadía media de 20 días, siendo los trastornos psiquiátricos, la tercer causa de egreso hospitalario (14).

El motivo de ingreso que demandó mayor cantidad de días de internación fue el de Trastorno destructivo, del control de los impulsos y de la conducta, seguidos en frecuencia por Tentativa suicida o ideación suicida y Trastornos Psicóticos. Los Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, representaron el cuarto motivo de ingreso. Se observó que en general se derivan a un centro de atención específico de adicciones, luego de la estabilización aguda.

En la bibliografía consultada se observó que el motivo de ingreso más frecuente en los efectores monovalentes fue Trastorno del comportamiento y Tentativa Suicida

(12) y Trastorno Depresivo (13). En el hospital general, el motivo de ingreso más frecuente fue Tentativa suicida o ideación suicida (19). Este último diagnóstico se encuentra dentro de los más frecuentes descripto en todas las publicaciones consultadas. Según un informe del Ministerio de Salud de la Nación del año 2014 (3), coincidente con los registros internacionales (4), la segunda causa de mortalidad entre el rango de los 15-24 años es el suicidio.

El porcentaje de reinternación de este estudio fue de 31,6%, a diferencia de las instituciones públicas, donde fue del 24% (13) y en un hospital general, del 5,5% (14). Se podría inferir cierta facilidad de acceso al sistema privado, el cual debe garantizar cierto número de prestaciones conveniadas a través de las obras sociales y sistemas de atención prepaga, a diferencia del sector público, que se ve saturada por la falta de recursos humano y físico.

Nuestro estudio muestra una población con características definidas respecto al nivel educativo, socioeconómico y de estructura familiar. Todas ellas se pueden definir como las esperadas para un buen crecimiento y desarrollo de los niños y de los adolescentes, según los consensos sociales actuales y la evidencia científica (22, 23). Tal como exponíamos en la introducción, la población infanto-juvenil es susceptible a las crisis familiares y sociales, y estos resultados podrían ser una alarma para evaluar y evaluarnos sobre los procesos que atraviesan estas instituciones sociales. Los modos de relacionarse son específicos de un lugar y de una época, y por eso cambian y van marcando las modalidades de conformación de la subjetividad (20). La conceptualización misma sobre la salud mental tienen que ver con el aspecto relacional, en tanto capacidad para mantener relaciones dialécticas con el mundo. Asimismo, los padecimientos y las respuestas hacia los mismos, se van constituyendo como procesos en todo conjunto social, y por eso dichos conjuntos generarán técnicas y saberes y también ideologías para enfrentar, solucionar, convivir con los padecimientos y para utilizar los sistemas de salud (21). Sociedades que aumentan el costo de vida obligan a las familias nucleares a que ambos padres trabajen jornadas completas, viéndose dificultoso el cuidado de sus hijos. Comienza así, un ciclo de retroalimentación negativa respecto a la puesta de límites, dado que el poco tiempo que los padres pasan con sus hijos, prefieren no generar conflicto y acceder a todas sus demandas (24, 25, 26). La falta de límites suscita a la ausencia de instancias de frustración psíquica, lo que dificulta el desarrollo de la tolerancia para sí y para con otros, aspecto estrechamente relacionado con el Trastorno del control de los impulsos y de la conducta, nuestra primera causa de internación. La cuestión de solicitar una internación, tiene que ver con una manera de ideologizar la situación como problema de salud (21), o más bien, como problema que excede la intervención paternal. Más allá de la demanda en sí, y debido al carácter restrictivo de la internación, solo se han internado niños y adolescentes que fuera considerado como el abordaje terapéutico que lograra más beneficios respecto a otros. En todos los casos, se

necesitó del tratamiento farmacológico, y en ciertas ocasiones, terapia psicológica y familiar, u otra instancia terapéutica continuada a la internación, lo que podría evidenciar la gravedad del cuadro familiar y social.

La íntima relación de la creciente incidencia de trastornos mentales en la población infanto-juvenil con la escasa disponibilidad que tienen las familias y la socie-

dad para contener y cuidar a esta población vulnerable, se evidencia más a menudo. Los niños y adolescentes se encuentran en una etapa de desarrollo y búsqueda continua de una identidad, caracterizada por inestabilidad anímica y conductual potencialmente desadaptativas (16), que necesitan, pero fundamentalmente merecen, que les dediquemos nuestros mayores esfuerzos. ■

Referencias bibliográficas

1. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.
2. Roses Periago M. La salud mental: una prioridad de salud pública en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2005;18(4/5):223-225.
3. Epidemiología en salud mental y adicciones. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de salud, Presidencia de la Nación, 2011.
4. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Marco de referencia para la implementación de la estrategia regional de salud mental. Washington, 2011.
5. Organización Panamericana de la Salud - Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Salud mental en la comunidad. Washington: Serie PALTEX, 2009.
6. Nemirovsky M, Guardo G, Rosenstein M, Agrest M, Tkach J, Montanelli R. Características epidemiológicas y de la atención de los pacientes internados psiquiátricamente en una Empresa de Medicina Prepaga en la Ciudad de Buenos Aires. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría* 2003;XIV:292-298.
7. Chinchilla A, Correas J, Quintero F, Vega M. Manual de urgencias psiquiátricas. Elsevier, Barcelona, 2010.
8. Kaplan I, Harold J, Sadock. Tratado de psiquiatría sexta edición. Editorial Intermedica, Buenos Aires, 1997.
9. Gómez Restrepo C, Hernandez Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Oleas H, Uribe Restrepo M. Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Editorial Panamericana, Bogotá, 2008.
10. Ey H, Bernard P, Brisset C. Tratado de psiquiatría. Editorial Masson, Barcelona, 1994.
11. Bella M, Borgiattino V. Demanda de hospitalización por causas psicosociales en un hospital pediátrico. *Arch. argent. pediatr.* 2016;114(3).
12. Bella M, Bauducco R, Leal J, Decca M. Caracterización epidemiológica de las hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes en Córdoba, Argentina. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría.* 2012;23:331-338.
13. Rodríguez Garín E, Chieri P, Bula A. Estudio epidemiológico sobre población adolescente internada en un hospital de emergencias psiquiátricas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría.* 2006;17(70):440-445.
14. Bonsignore A, Posternak P. Nuestra experiencia de 25 años de trabajo en internación de adolescentes en una sala de clínica pediátrica. *Rev. Hosp. Niños B. Aires.* 2010;52(239):506-517.
15. Vallejos M, Bertone M. Eventos traumáticos en la infancia en una población masculina privada de su libertad: estudio de prevalencia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias* 2016;16(3):103-114.
16. Bernardo Pacheco P, Paula Lizana Ca, Isabel Celhay S, Jaime Pereira Q. Características Clínicas de Niños y Adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. *Rev Méd Chile.* 2007;135:751-758.
17. Estrategia y plan de acción sobre salud mental, Organización Mundial de la Salud, 2009.
18. Información básica en salud mental y adicciones infanto-juvenil 2014. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.
19. Crespo Marcos D, Solana García M, Marañón Pardillo R, Gutiérrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, Vázquez López P. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un período de 6 meses. *Anales de Pediatría.* 2006;64(6):536-541.
20. Augsburger A. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales.* 2002;81:61-75.
21. Buedo P, Silberman P. Análisis contextual-relacional del sujeto: herramienta para la entrevista psiquiátrica. *Interdisciplinaria.* 2016;33(2):251-265.
22. Cuervo Martínez A. Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas.* 2010;6(1).
23. Henao G, Ramírez C, Ramírez L. Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña. *El Ágora.* 2007;7(2):233-240.
24. Cabrera V, Guevara I, Barrera F. Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología.* 2006;9(2):115-126.
25. Rosenzweig J, Brennan E, Huffstutter K, Bradley J. Child Care and Employed Parents of Children With Emotional or Behavioral Disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders.* 2008;16 (2):78-89.
26. Richard de Minzi M. Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología.* 2005;37(1):47-58.