

La enfermedad mental infanto-juvenil en la región de Murcia

A. Fernández Moreno (1), C. Gómez-Ferrer Gorriz (2), A. Pereyra Niño (3)

Murcia

RESUMEN

Se han controlado las «Primeras consultas» atendidas durante cinco meses en todos los Servicios sanitarios de Salud Mental y Psiquiatría Infanto-juvenil de la Región de Murcia, entre los 0 y 15 años de edad.

De los 977 casos recogidos se analizan y relacionan estadísticamente las variables: sexo, edad, residencia, procedencia, profesión del cabeza de familia y diagnóstico.

Palabras clave: Epidemiología psiquiátrica. Enfermedad mental infanto-juvenil.

INTRODUCCIÓN

De los posibles acercamientos metodológicos para conocer la incidencia de la enfermedad mental infanto-juvenil en la Región de

Murcia, el que resulta más sencillo y a la vez supone una buena aproximación indicadora de la realidad, es el que se basa en la utilización de los servicios sanitarios dedicados a esta patología puesto que la realización de encuestas epidemiológicas o estudios de campo en la población desborda nuestras posibilidades.

Es cierto que el estudio basado en el uso de los recursos asistenciales posee los condicionantes debidos a los factores sociales, personales y sanitarios asociados al mismo, pero es un indicador de primera magnitud para una aproximación rigurosa al conocimiento de la incidencia de la enfermedad.

Por ser la Comunidad de Murcia uniprovincial y tener posibilidad de contactar con todos los servicios sanitarios que atienden esta patología, hemos podido abarcar todo el ámbito regional para obtener una descripción de las principales características que configuran el perfil de incidencia de las enfermedades mentales en la infancia y juventud de esta Región.

MATERIAL Y MÉTODOS

Al plantearnos este estudio prospectivo en el que tenían que participar todos los servicios y consultas de Salud Mental y Psiquiatría que atienden esta patología, decidimos limitarnos a aquellos datos que fueran sencillos y segu-

Departamento de Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital General. Murcia.

(1) Jefe de Servicio de Psiquiatría.

(2) Jefe de Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

(3) Psiquiatra.

Participación a la Ponencia: «Epidemiología en Psiquiatría Infanto-Juvenil». VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona. Mayo de 1990.

ros en su recogida para conseguir la máxima fiabilidad sin producirles excesiva sobrecarga con la colaboración solicitada, proporcionando nosotros las plantillas correspondientes para su anotación.

El tiempo de control del que pudimos disponer fue el comprendido entre el 1 de octubre de 1989 al 28 de febrero de 1990, registrando todas las primeras consultas realizadas en los siguientes Servicios sanitarios:

- Dos Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, dependientes de la Consejería de Sanidad, ubicados en Murcia y Cartagena.

- Dos Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil, de la Consejería de Sanidad y de la Cruz Roja, en Murcia.

- Dos Consultas, de Psiquiatría y Psicología del Hospital General, en Murcia.

- Una Consulta de Psicología, de la Ciudad Sanitaria del Insalud, en Murcia.

- Un Servicio del Insero, en Murcia.

- Cuatro Centros de Salud Mental comarcales, de la Consejería de Sanidad, en Lorca, Caravaca, Yecla y Alcantarilla.

- Siete Consultas de Neuropsiquiatría de zona del Insalud, en Murcia. No pudimos conectar con las dos Consultas de zona de Cartagena y la de Lorca.

No incluimos en la investigación a los Equipos multiprofesionales de Educación y Ciencia que atienden los problemas escolares por ser este, aunque muy interesante, un campo muy amplio y de índole psicopedagógica que, en principio, no se considera patología mental.

Los profesionales que componen las consultas participantes en el registro de casos son: 6 paidopsiquiatras, 14 psiquiatras, 13 psicólogos, 2 ayudantes técnicos sanitarios y 2 asistentes sociales.

Datos registrados: Fueron los siguientes: 1) Mes de la consulta. 2) Sexo. 3) Edad: de 0 a 15 años, inclusive. 4) Residencia familiar. 5) Procedencia: remitentes de la consulta. 6) Profesión del cabeza de familia. 7) Diagnóstico. Queremos hacer algunas aclaraciones respecto a varios de ellos.

Residencia: aunque individualmente se re-

gistró la población y municipio correspondiente, en la elaboración estadística los integramos en las Areas Sanitarias establecidas oficialmente (1) que expresamos a continuación, indicando las poblaciones cabeceras de comarca: 1) Murcia, 2) Cartagena, 3) Lorca, 4) Noroeste (Caravaca), 5) Altiplano (Yecla), 6) Vega del Segura (Cieza), como se refleja en el Mapa de la Región.

Procedencia: Hemos hecho una relación de los principales remitentes de las consultas, de la siguiente forma: 1) Familia, 2) Médico general, 3) Pediatra, 4) Psiquiatra, 5) Hospitales, 6) Otros médicos especialistas, 7) Psicólogo y terapeuta, 8) Centros escolares, 9) Centros de Educación Especial, 10) Servicios Sociales, 11) Asociaciones y Organismos.

Profesión del cabeza de familia: Para su agrupación hemos utilizado la Clasificación Nacional de Ocupaciones (2) y se expresan en seis Clases Sociales, según una detallada propuesta que nos ha parecido válida (3) aunque hemos hecho dos modificaciones respecto a la Clase VI que comprendía los casos «mal especificados», «otros casos (Clero y Fuerzas Armadas)» y «No consta». Nos ha parecido más apropiado incluir a las Fuerzas Armadas en la Clase III y contabilizar en grupo aparte los casos en que «no consta» la profesión, quedando la Clasificación que se muestra en la Tabla I.

Diagnósticos: Para conseguir la mayor conjunción posible en este importante apartado, elaboramos una relación de diagnósticos, tras revisar las Clasificaciones internacionales: C.I.E.-9 (4), C.I.E.-10 (proyecto), D.S.M.-III (5) y D.S.M.-III-R (6), teniendo que introducir otros grupos diagnósticos que estas Clasificaciones no contemplan en sus apartados de la infancia y adolescencia. Aunque hemos especificado un total de cincuenta diagnósticos los hemos reunido en trece grandes grupos que mostramos en la Tabla II, indicando en cada uno de ellos el modelo de Clasificación que hemos adoptado. Algunos los hemos tenido que agregar posteriormente a la vista de los diagnósticos que nos han dado (Grupos XI-XII y XIII).

Valoración estadística: Hemos codificado nosotros todos los datos registrados y obtenida la estadística descriptiva de las distintas variables, mediante tablas y gráficas, analizando posteriormente la relación entre ellas según el Coeficiente de Contingencia («Chi cuadrado».) χ^2 .

RESULTADOS

Muestra: Se han recogido un total de 977 casos que han sido las «primeras consultas» realizadas en los cinco meses controlados, siendo muy similar la distribución entre estos: Octubre: 210 (21,5 %), Noviembre: 213 (21,8 %), Diciembre: 165 (16,9 %), Enero: 196 (20 %) y Febrero: 193 (19,8 %).

Sexo: Los 977 casos se distribuyen en 599 varones (61 %) y 378 mujeres (39 %), proporción que se encuentra en todas las investigaciones semejantes y ya es algo inherente a la patología mental infanto-juvenil.

Sexo y edad: Los porcentajes de cada año de edad respecto al total de cada sexo se expresan en la Gráfica 1, observando un «pico» a los 7 y 8 años y mayor proporción de casos a partir de estas edades que en los primeros años. El grupo «N/S» se refiere a los «menores de 1 año». La relación total no es significativa ($p < 0,2$).

En cuanto al sexo, en los tres primeros años hay más igualdad; de los 4 a los 7 años, mayor porcentaje de varones y desde los 8 años predominan las mujeres, lo que resulta más acentuado en la adolescencia.

Esta peculiar relación entre sexo y edad es también hallazgo habitual en las distintas investigaciones, entre las que citamos como más afines las de Bonals y cols (7), Mendiguchia (8), Pedreira (9), Fernández y cols (10).

Para operar con más facilidad hemos reunido las edades en tres grupos, abarcando cada uno cinco años y teniendo en cuenta las peculiaridades propias de cada época:

— Primera infancia y pre-escolar: De 0 a 5 años.

— Edad escolar: De 6 a 10 años.

TABLA I
Clasificación de la «Clase Social» según la ocupación

Categorías	Ocupación
I	Directivos de la Administración y de las Empresas. Altos funcionarios. Profesionales liberales. Técnicos superiores.
II	Directivos y propietarios-gerentes del comercio y servicios personales. Otros técnicos. Artistas y deportistas.
III	Cuadros y mandos intermedios. Administrativos y funcionarios en general. Personal de los servicios de protección y seguridad. «Fuerzas Armadas».
IV a)	Trabajadores manuales cualificados de la industria, comercio y servicios. Idem. del sector primario.
IV b)	Trabajadores manuales semicualificados de la industria, comercio y servicios. Idem. del sector primario.
V	Trabajadores no cualificados.
VI	Otros casos. Mal especificados.
0	No consta la profesión.

— Pre y Adolescencia: De 11 a 15 años.

Los porcentajes correspondientes a estos grupos se muestran en la Gráfica 2, donde se aprecia más claramente el incremento de casos en las edades centrales y la variación respecto al sexo, según hemos indicado antes.

Residencia: áreas sanitarias: Como dato de referencia diremos que la población total de la Región de Murcia, según el Padrón Municipal de 1986 (11) es la siguiente:

— Varones: 495.779 (49,25 %).

— Mujeres: 511.009 (50,75 %).

— Total: 1.006.788 (100 %).

Pero a nosotros nos interesa comparar nuestra población enferma con la existente en la Región del mismo margen de edad, es decir de 0 a 15 años, lo que obtenemos de dicho Padrón a partir de la población dada para cada año de edad y para cada municipio, obteniendo la correspondiente a las Áreas Sanitarias, exponiendo todo ello en la Tabla III. De estos datos deducimos que la población joven (280.588) supone el 27,86 % de la total (1.006.788).

TABLA II
Categorías diagnósticas

Grupo I	Retraso mental (Coinciden todas las Clasificaciones). 1) Leve. 2) Moderado. 3) Grave. 4) Profundo. 5) Nivel Límite. 6) Sin especificar.
Grupo II	Trastornos generalizados del desarrollo (C.I.E.-10). 1) Autismo infantil. 2) Psicosis o Trastorno desintegrativo. 3) Esquizofrenia. (Adolescencia). 4) Disarmonía evolutiva.
Grupo III	Trastornos específicos del desarrollo (D.S.M.-III-R; C.I.E.-10). 1) Trastornos de las habilidades académicas. 2) Tr. del lenguaje y habla. 3) Tr. de las habilidades motoras. 4) Tr. mixtos. 5) Tr.-sensoriales.
Grupo IV	Trastornos por conductas perturbadoras (D.S.M.-III-R). 1) Tr. por déficit de atención con hiperactividad (Síndrome hiperactivo). 2) Tr. de conducta o del comportamiento. 3) Tr. de las relaciones intrafamiliares.
Grupo V	Trastornos por ansiedad o emocionales (D.S.M.-III-R; C.I.E.-10). 1) Tr. por tics. 2) Tr. de la eliminación. 3) Tr. de la conducta alimentaria. 4) Trastor. del sueño. 5) Estereotipias o hábitos motores. 6) Tartamudeo o espasmodia. 7) Tr. de rivalidad entre hermanos. 8) Mutismo selectivo. 9) Tr. de ansiedad: angustia de separación; evitación; reactivo de la vinculación; ansiedad excesiva.
Grupo VI	Trastornos psicosomáticos (D.S.M.-III-R. Adultos). 1) Digestivos. 2) Circulatorios. 3) Respiratorios. 4) Dermato. 5) Cefaleas. 6) Otros.
Grupo VII	Trastornos neuróticos. 1) Tr. histérico. 2) Tr. fóbico. 3) Tr. obsesivo-compulsivo.
Grupo VIII	Trastornos del estado de ánimo (D.S.M.-III-R. Adultos). 1) Tr. depresivo. 2) Tr. maníaco. 3) Tr. bipolar. 4) Distimias.
Grupo IX	Trastornos de adaptación escolar. 1) Fobia escolar. 2) Rechazo escolar.
Grupo X	Trastornos de la identidad sexual (D.S.M.-III-R).
Grupo XI	Drogodependencias.
Grupo XII	Factores no atribuibles a enfermedad mental (D.S.M.-III).
Grupo XIII	Epilepsia y síndromes convulsivos.

En la Gráfica 3 mostramos los respectivos porcentajes por sexos de la población total joven y nuestra muestra, apreciando mayor proporción de varones enfermos (61,3 %) que la correspondiente a la de varones de la población general (51,4 %).

También hemos obtenido las Tasas por mil de incidencia de la enfermedad en la población total de 0 a 15 años, según los hallazgos de nuestro estudio en los cinco meses, que se expresan en la misma Gráfica 3, sobre la columna correspondiente. (Varones: 4,15 por mil. Mujeres: 2,77 por mil. Total: 3,48 por mil).

Para una mejor valoración de las Tasas de enfermedad, a partir de estos datos de cinco meses, hemos hecho el cálculo de lo que correspondería a un año y aunque tenga un valor aproximado sería: Varones: 9,96 por mil. Mujeres: 6,65 por mil. Total: 8,35 por mil. A lo largo de cuatro años de control de casos, Pedreira (9) da cifras de incidencia anual entre 6,5 y 7,4 por mil.

También de los datos de la Tabla III y para valorar adecuadamente el peso de la población enferma en cada Área Sanitaria, hemos obtenido las Tasas por mil correspondientes a los cinco meses que mostramos en la Gráfica 4.

Vemos que, respecto a las tasas regionales, están aumentadas las del Área de Murcia y Noroeste estando las restantes más igualadas. El incremento de Murcia puede explicarse por la mayor oferta de servicios asistenciales y el más fácil acceso a ellos. Es más sorprendente la alta tasa de varones del Noroeste (Caravaca) que también se expresa en los datos correspondientes a todo el año 1989 (12) de la consulta del Centro de Salud Mental, llegando a una proporción del 68 % de varones que viene influido por los diagnósticos de «trastornos esfinterianos» y «de lenguaje», debido a la especialización infantil de un profesional del Centro. La relación total no es significativa ($p < 0,2$).

Procedencia: En la Gráfica 5 expresamos los porcentajes de los distintos remitentes de las consultas, con predominio del Médico general (37,15 %), lo que indica cómo la derivación de los problemas de salud mental infanto-

REGION DE MURCIA

CASTILLA LA MANCHA

COMUNIDAD
VALENCIANA

ANDALUCIA

MAR MEDITERRANEO

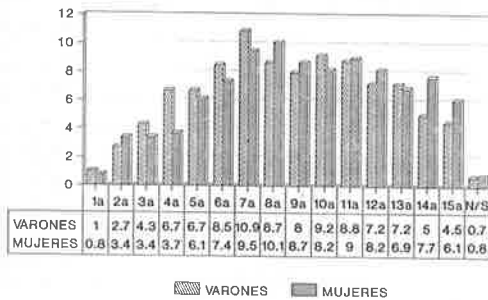


- | | | | | |
|--------------------|------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|
| 1 Abanilla | 10 Beniel | 19 Cieza | 28 Moratalla | 37 Santomera |
| 2 Abarán | 11 Blanca | 20 Fortuna | 29 Mula | 38 Torre Pacheco |
| 3 Aguilas | 12 Bullas | 21 Fuente Alamo | 30 Murcia | 39 Las Torres de Cotillas |
| 4 Albudeite | 13 Calasparra | 22 Jumilla | 31 Ojós | 40 Totana |
| 5 Alcantarilla | 14 Campos del Río | 23 Librilla | 32 Pliego | 41 Ulea |
| 6 Aledo | 15 Caravaca de la Cruz | 24 Lorca | 33 Puerto Lumbreras | 42 La Unión |
| 7 Alguazas | 16 Cartagena | 25 Lorquí | 34 Ricote | 43 Villanueva Río Segura |
| 8 Alhama de Murcia | 17 Cehegín | 26 Mazarrón | 35 San Javier | 44 Yecla |
| 9 Archena | 18 Ceutí | 27 Molina de Segura | 36 San Pedro del Pinatar | 45 Los Alcázares |

juvenil se van haciendo más adecuadamente. Sigue siendo elevada la solicitud de la propia familia (23,44 %) y en mucha menor proporción las demás.

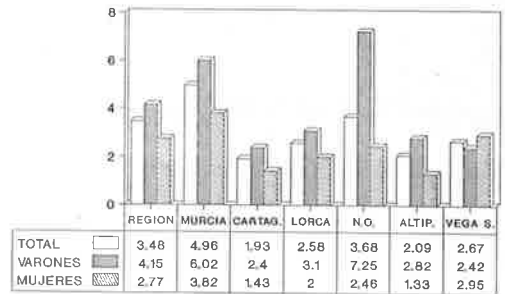
Este aumento de los médicos de atención primaria a lo largo de los últimos años, la disminución de la petición familiar y la gran diferencia con los demás derivantes se aprecia

DISTR. POR SEXO Y AÑO DE EDAD PORCENTAJES



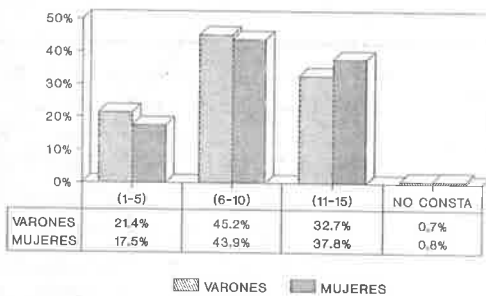
Gráfica 1

DIST. ENFERMEDAD MENTAL SEGUN AREAS SANITARIAS



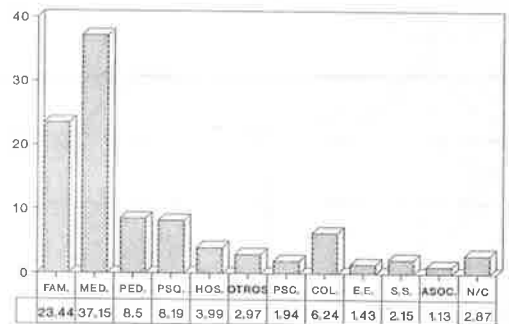
Gráfica 4

DISTR. POR SEXO Y EDAD ESCOLAR PORCENTAJES



Gráfica 2

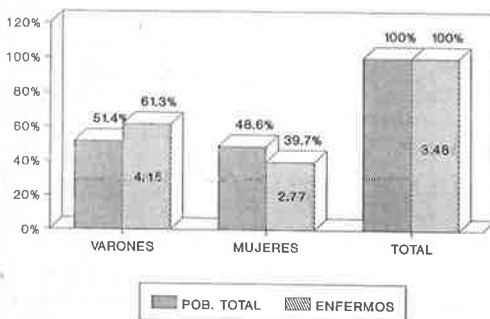
DISTRIBUCION SEGUN PROCEDENCIA



PORCENTAJES

Gráfica 5

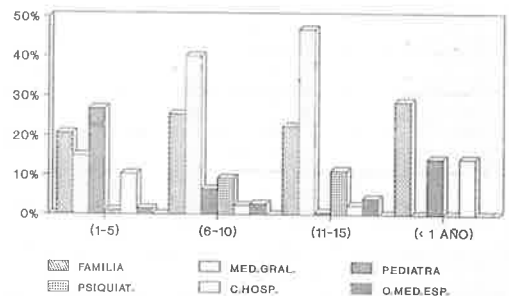
COMPARACION P. ENFERMA/NORMAL MARGEN 0 - 15 AÑOS



% Y TASAS DE INCIDENCIA/100 EN 5 MESES

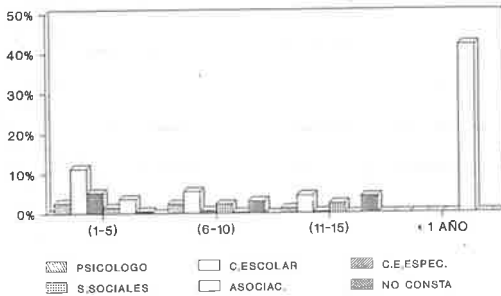
Gráfica 3

DIST. S/PROCEDENCIA Y GRUPOS DE EDAD PORCENTAJES



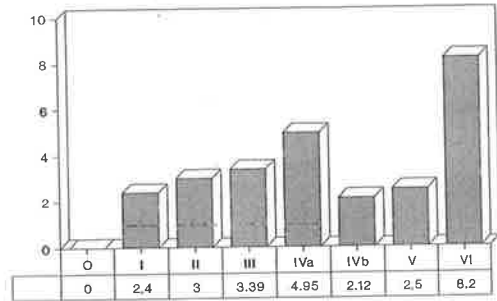
Gráfica 6

DIST. S/PROCEDENCIA Y GRUPOS DE EDAD PORCENTAJES



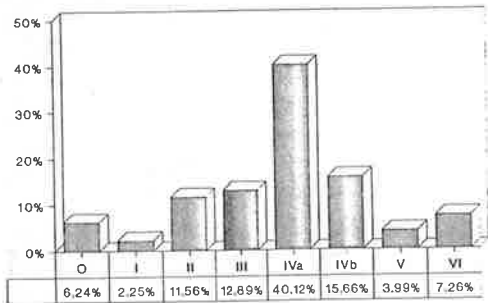
Gráfica 7

DISTRIBUCION SEGUN PROFESION TASAS



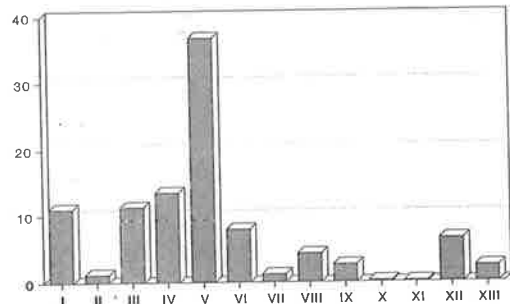
Gráfica 10

DISTRIBUCION SEGUN PROFESION PORCENTAJES



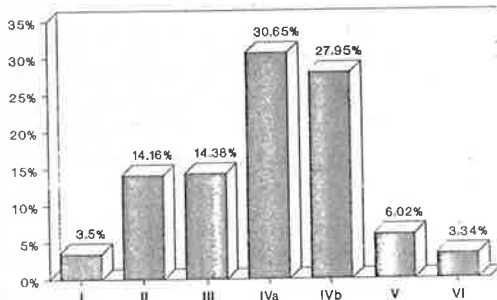
Gráfica 8

DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS PORCENTAJES



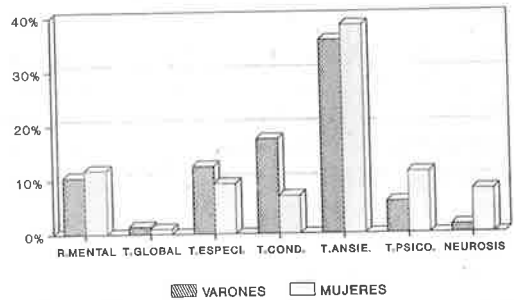
Gráfica 11

DIST. POBLACION MURCIA S/PROFESION PADRON 1986



Gráfica 9

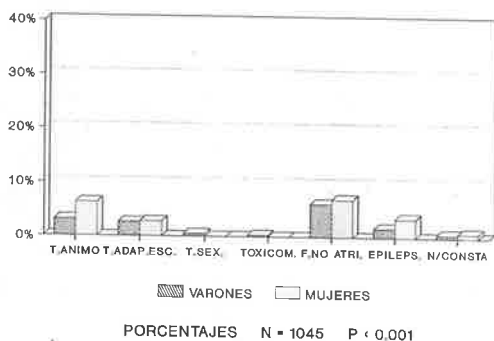
DIST. G. DIAGNOSTICOS SEGUN SEXO PRIMERA SERIE



PORCENTAJES N = 1045 P < 0,001

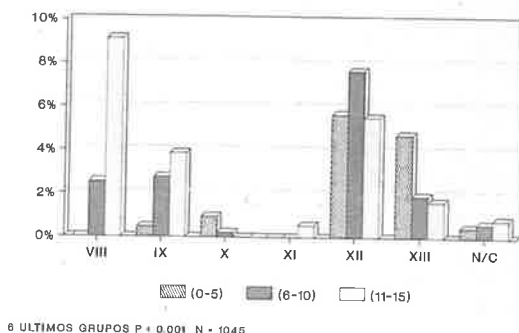
Gráfica 12

DIST. G. DIAGNOSTICOS SEGUN SEXO SEGUNDA SERIE



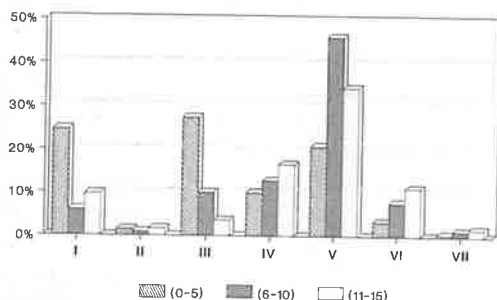
Gráfica 13

G. DIAGNOSTICOS/G. EDAD PORCENTAJES



Gráfica 15

G. DIAGNOSTICOS/G. EDAD PORCENTAJES



Gráfica 14

también en otras investigaciones, así en Asturias desde 1981 a 1986 (13) y en otros varios Centros, indicado por C. Bayo (14).

Es muy significativa ($p < 0,001$) la relación entre procedencia y edad, como es lógico y se manifiesta en las Gráficas 6 y 7. De 0 a 5 años predomina el pediatra, la familia, Centros hospitalarios y Asociaciones. De 6 a 10 años destaca el médico general, seguido de la familia y empieza a figurar el psiquiatra, siendo éstos también los derivantes más influyentes en la etapa de la adolescencia.

Vemos cómo la familia mantiene una proporción semejante en todas las edades. Los demás remitentes son poco significativos. También esta relación entre procedencia y edad se hace patente en otros trabajos (7).

Profesión: Las profesiones de los cabezas de familia de nuestra muestra, agrupados en las Clases Sociales antes indicadas, se encuentran según los porcentajes expresados en la Gráfica 8, en la que vemos destacada la Clase IV y sobre todo el subgrupo IV a (trabajadores manuales cualificados) seguida por la III y la II.

Pero esta proporción de las profesiones no nos indica el verdadero valor que su presencia tiene si no lo referimos a la distribución de las distintas Clases sociales en la población general de Murcia, pero son datos que no hemos podido encontrar como tales sino a partir de la relación de profesiones de la «clase activa» de ambos sexos, según la Clasificación Nacional de Ocupaciones en el Padrón Municipal de 1986 (11) que asciende en la Región de Murcia a un total de 258.013, descontados los miembros del clero que son 566.

A partir de estos datos hemos determinado el total de cada Clase Social cuando las ocupaciones estaban bien individualizadas pero hay casos en que un grupo comprende ocupaciones pertenecientes a dos Clases sociales, resultando la distribución que muestra la Tabla IV.

Para conseguir una estimación lo más aproximada posible a la realidad de cada Clase social, hemos subdividido los grupos compuestos en la misma proporción que se dan ambas Clases según los datos directos expresados en

TABLA III
Población general y enferma de la región de Murcia y áreas sanitarias (0-15 años)

Áreas	Población general			Población enferma		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1) Murcia	107.055	55.081	51.974	531	332	199
2) Cartagena	69.211	35.816	33.395	134	86	48
3) Lorca	32.128	16.442	15.686	83	51	32
4) Noroeste	16.537	8.412	8.125	61	41	20
5) Altiplano	13.837	7.071	6.766	29	20	9
6) Vega Segura	41.820	21.487	20.333	112	52	60
Región	280.588	144.309	136.279	977	599	378

TABLA IV
«Clases Sociales» de Murcia según padrón de 1986

Clase social	Población activa
I	5.433
II	20.992
III	37.100
IV a)	58.264
IV b)	50.194
V	15.542
VI	8.610
I y II	17.479
II y IV b)	5.659
IV a) y IV b)	38.740
Total	258.013

TABLA V
Estimación de «Clases Sociales» en Murcia

Clase social	Población activa	Porcentajes
I	9.027	3,5
II	36.546	14,16
III	37.100	14,38
IV a)	79.075	30,65
IV b)	72.113	27,95
V	15.542	6,02
VI	8.610	3,34
Total	258.013	100

dicha Tabla IV, obteniendo los valores y porcentajes de la Tabla V que, aunque son estimativos, creemos son fiel expresión de la distribución de las distintas Clases Sociales en la Región de Murcia y en la población española

en general, lo que representamos en la Gráfica 9, donde vemos el predominio de la Clase IV, estando casi igualados los subgrupos IV a y IV b, seguidos por la III y II y en menor cuantía los restantes, si bien se aprecian proporciones distintas a las encontradas en nuestra muestra.

Por lo que para valorar ésta adecuadamente, hemos hallado las Tasas por mil de cada Clase Social respecto a las de Murcia (Tabla V), cuyos valores expresamos en la Gráfica 10 y entonces vemos cómo varía el peso de las distintas Clases sociales, destacando en gran manera la Clase VI (a pesar de que la habíamos reducido a: «Otros casos» y «Mal especificados»), seguida de la IV a, III, II, V, I y IV b.

No podemos valorar el significado de estas diferencias en la muestra y no se puede pensar que la clase social influya como factor etio-patogénico de la enfermedad, tal vez se pueda presumir sea un factor determinante de una mayor demanda y utilización de los recursos asistenciales, aunque tendremos que profundizar en ello.

Diagnósticos: Hemos estudiado la distribución de los grandes grupos diagnósticos, incluyendo los 68 casos que los tienen doble, lo que hace un total de 1.045 diagnósticos, cuyos porcentajes expresamos en la Gráfica 11, viendo que la mayor proporción (36,75 %) corresponde a los Trastornos de ansiedad (Grupo V), seguido de lejos por los Trastornos de conducta (Grupo IV-13,5 %), Trastornos específicos del desarrollo (III-11,3 %), Retraso Mental (I-11,1 %) y Trastornos psicósomáticos

(VI-7,95 %) y en menor proporción los restantes.

Son también estos principales diagnósticos los que destacan como prevalencia más importante en la infancia en el «Informe 613 de la O.M.S.» (15). También coincide con el trabajo de Mendiguchia en la revisión de casos atendidos entre los años 1972 a 1981 (16); así como el de Bayo (14) y Conell (17).

Diagnóstico y Sexo: Es muy significativa esta relación ($p < 0,001$), siendo las diferencias más acusadas el predominio en los varones de los Trastornos de conducta y Trastornos específicos del desarrollo, como también se indica en el Informe 613 de la O.M.S. (15). En las mujeres es mayor la frecuencia de Trastornos psicósomáticos, Trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, Neurosis, Retraso mental y Epilepsia, lo que también encontramos en nuestro anterior trabajo (10). Todo ello lo mostramos en las Gráficas 12 y 13.

Diagnóstico y Edad: Es también muy significativa esta relación ($p < 0,001$), cuyos porcentajes mostramos en las Gráficas 14 y 15.

En los primeros años (0 a 5) predominan los Trastornos específicos del desarrollo (III-27,37 %), el Retraso mental (I-24,54 %) y Trastornos de ansiedad (V-20-76 %). En la edad escolar (6-10) casi la mitad son Trastornos de ansiedad (V-45,92 %), seguidos de lejos por los Trastornos de conducta (IV-12,73 %) y en menor proporción los demás diagnósticos, por debajo del 10 %. En la pre y adolescencia (11 a 15) también dominan, en una tercera parte, los Trastornos de ansiedad (V-34,25 %), seguidos por los Trastornos de conducta (IV-16,59 %) y los Trastornos psicósomáticos (VI-11,06 %). Estos resultados son, en parte, coincidentes con los de Bonals y cols (7).

Queremos detallar y comentar los resultados de algunos diagnósticos específicos englobados en cada Grupo general, según la Clasificación que elaboramos (Tabla II). Los porcentajes indicados no son acumulativos, sino comparativos, pues corresponden a los de cada diagnóstico respecto al total de su grupo y dentro del intervalo de edad aludido.

En el Grupo del Retraso Mental predomina el grado Ligero (58,5 %) que se diagnostica en mayor proporción en la adolescencia (62,5 %) y primer grupo de edad (60 %) y algo menos en la edad escolar (50 %). Los grados Moderado (13,8 %) y Grave (7,4 %) destacan en el primero y segundo grupos de edad. Y el nivel Límite (12 %) más en la edad escolar.

Los trece casos de Trastornos Generalizados del Desarrollo están integrados por cinco Psicosis desintegrativas, cuatro Autismos, tres Esquizofrenias de la adolescencia y una Disarmonía evolutiva, distribuidos casi por igual en las distintas edades.

Entre los Trastornos Específicos del Desarrollo destacan los del Lenguaje (58,4 %) que se diagnostican primordialmente en los primeros años (79 %), importancia que se destaca en la investigación de Cohen y cols (18). Le siguen los Trastornos de las habilidades académicas (26 %), más presentes en el tercer grupo de edad (75 %) que en el segundo (44 %). Es lamentable que estas perturbaciones se detecten todavía en tan alta proporción en la adolescencia. Los restantes subgrupos son poco representativos.

Los Trastornos por Conductas Perturbadoras están integrados en su mayoría (72 %) por Trastornos de conducta, propiamente dicha, que predomina entre los 11 y 15 años (85 %), seguidos por el primer grupo de edad (76 %) y en menor proporción por el segundo (58 %). Recordemos las investigaciones de Weisz (19), Doan (20) y Morrison (21). El resto (23 %) está determinado por el Síndrome hiperkinético que se diagnostica más en la edad escolar (34 %), primeros años (23 %) y menos en la adolescencia (10 %), como queda patente en la investigación de Gillberg (22) y Schmidt (23). Hay seis casos de Trastornos en las relaciones intrafamiliares.

Los Trastornos de Ansiedad o Emocionales están constituidos en casi la mitad de los casos (46 %) por los Trastornos esfinterianos, más frecuentes en el segundo (52 %) y tercer grupo de edad (42 %), como es de esperar y menos en el primero (35 %). Los Trastornos

de ansiedad, propiamente dichos, (21 %) tienen como orden de frecuencia la adolescencia, primeras edades y edad escolar. Los Trastornos del sueño (11 %) se distribuyen por igual en los dos primeros grupos de edad y algo menos en el tercero. Los Trastornos de la conducta alimentaria suponen el 6 % del grupo, con mayor presencia en los primeros años de vida y disminuyendo progresivamente al avanzar la edad. Los Tics representan un 5 del grupo, con predominio en la adolescencia y disminuyendo con la edad. En menor proporción se encuentran los restantes Trastornos de ansiedad: Mutismo selectivo y Rivalidad entre hermanos (3 %), Tartamudez y Hábitos motores.

Entre los Trastornos Psicosomáticos destacan las Cefaleas (62 %), más frecuentes en la adolescencia (66 %) y edad escolar (63 %). En escasa proporción se encuentran los Digestivos (15 %), Circulatorios (12 %), 1 Dermatológico y 7 casos sin especificar.

Hay 12 casos de Trastornos Neuróticos, de los que la mitad son Fóbicos, 4 Obsesivo-compulsivos y 2 Histéricos.

Los Trastornos del Estado de Ánimo están constituidos en su mayoría por Síndrome depresivo (81 %), predominando en la adolescencia. Hay 6 casos de Distimias y 2 Maníacos.

Los Trastornos de Adaptación Escolar son, en su mayoría, Rechazos escolares (81 %) y el resto Fobia escolar, repartidos casi por igual entre el tercero y segundo grupos de edad.

Sólo hay 3 casos de Trastornos Sexuales y 2 de Drogodependencias.

Las Epilepsias y Crisis convulsivas predominan en los primeros años.

Del grupo diagnóstico que nos han dado como Factores no Atribuibles a Enfermedad Mental no podemos dar ningún detalle.

En 7 casos del total «no constaba» el diagnóstico, lo que creemos es una buena expresión del gran interés que ha habido por parte de todos los profesionales en cumplimentar adecuadamente nuestra solicitud.

Para tener una visión global de la importancia de los diagnósticos específicos más carac-

terísticos, indicaremos los porcentajes de cada uno de ellos respecto al total de los 977 casos.

El primer lugar lo ocupan los Trastornos Esfinterianos (17 %), seguidos por los Trastornos de Conducta (10 %), Trastornos de Ansiedad (7,6 %), Retraso Mental Ligero (6,4 %), Trastornos del desarrollo del lenguaje (6,3 %), Cefaleas (5 %), Trastornos del Sueño (4 %), Síndrome Depresivo (3,3 %), Síndrome Hipercinético (3 %), Trastornos de las Habilidades Académicas (2,8 %), Síndromes Convulsivos (2,4 %), Retraso Mental Moderado y Grave (2,3 %) y Trastornos alimenticios (2 %). Con porcentajes decrecientes los restantes.

Queremos destacar algunos de los resultados obtenidos en otros estudios comparables de nuestra Región, cuyos diagnósticos más frecuentes son los mismos pero con porcentajes distintos. En nuestra revisión de 1987 (10) sobre 500 casos de un sólo Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil, encontrábamos porcentajes más altos para los Trastornos Esfinterianos (31 %), Trastornos de Conducta (29 %), Tics (15 %), Trastornos de Ansiedad (14 %), Síndrome Hipercinético (13 %), Trastornos alimenticios (8 %), Trastornos Generalizados del Desarrollo (6 %), Trastornos del Sueño y Neurosis (5 %). En los Trastornos Específicos del Desarrollo, globalmente, obteníamos un 36 % frente al 11 % del estudio actual. Creemos que aquellos porcentajes más altos se debían a ser entonces aquel Servicio (años 1981-86) el más especializado de la Región en patología psiquiátrica infanto-juvenil.

Más próximos y comparables pueden ser los resultados que se recogen en la Memoria de la Consejería de Sanidad de 1989 (12) de los dos Centros de Salud Mental Infanto-juvenil y tres Centros de Salud Mental comarcales, dependientes de ella, en los que se vieron un total de 892 «primeras consultas», siendo los porcentajes de los principales diagnósticos los siguientes: Trastornos Esfinterianos y otras manifestaciones somáticas (30 %), Ansiedad infantil (11 %), Retraso Mental y Trastornos de Conducta (5 %), Trastornos Afectivos (4 %) y Trastornos Específicos del Desarrollo

(3,6 %). Destacando los grupos «Factores no atribuibles a enfermedad mental» (15 %) y «Sin diagnóstico psiquiátrico» (6 %).

Podemos deducir que, al abarcar el estudio actual todas las consultas especializadas de la Región, de muy diferentes características, se obtiene una amplia gama de diagnósticos, reduciéndose los porcentajes correspondientes.

Aunque no lo expresamos gráfica y numéricamente, queremos comentar otros resultados obtenidos respecto a los Grupos Diagnósticos.

Diagnóstico y Areas Sanitarias: Destacan de forma significativa sobre los porcentajes globales de la Región, los valores más altos del Retraso Mental en Cartagena e inferiores en Noroeste y Altiplano, mientras que en estas dos comarcas hay mayor proporción de Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos de Ansiedad. En la Vega del Segura hay mayor proporción de Trastornos Específicos del Desarrollo y del Estado de Animo. Los Trastornos de Conducta se dan más en Lorca y menos en Altiplano. Y los Trastornos Psicósomáticos más en Murcia y menos en Lorca y Altiplano.

Diagnóstico y Procedencia: Es muy significativa esta relación ($p < 0,000001$). El Retraso Mental lo envían los centros de educación especial y asociaciones, otros especialistas y centros escolares. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo, más los hospitales. Los Trastornos Específicos del Desarrollo, más las asociaciones, hospitales y colegios y menos los psiquiatras. Los Trastornos de Conducta, son enviados más por los servicios sociales, psiquiatras y colegios. Mientras que los Trastornos de Ansiedad acuden a través de la familia y médico general. Los Trastornos Psicósomáticos y Convulsivos, más enviados por médico general, mientras que los psiquiatras remiten más los Trastornos del Estado de Animo. El grupo diagnóstico como Factores no atribuibles a Enfermedad Mental procede en su mayoría de los pediatras.

Diagnóstico y Profesión: Es también muy significativa esta relación ($p < 0,00001$). El Retraso Mental se encuentra más en las Clases

V y IV b, ningún caso en la I. Los Trastornos Específicos del Desarrollo, más en las Clases I y V y menos en la VI. Los Trastornos de Conducta y del Estado de Animo predominan en la Clase VI y los Trastornos de Ansiedad destacan en las Clases I y II y son escasos en la Clase V.

CONCLUSIONES

Por la extensión del trabajo y no considerar concluida esta investigación, no vamos a resumir los principales resultados obtenidos y expuestos. Sí queremos insistir, como consecuencia de la revisión bibliográfica efectuada, en la dificultad de poder comparar resultados entre las distintas investigaciones por la disparidad de poblaciones estudiadas, métodos aplicados y diversidad de diagnósticos.

Hemos comprobado, dentro del análisis de la demanda y atención sanitaria, cómo las características y especialización de los servicios sanitarios estudiados, modifican en gran manera la proporción de los diagnósticos realizados, pero ocupan siempre los primeros lugares los Trastornos Esfinterianos, Trastornos de Ansiedad, Trastornos de Conducta, Retraso Mental y trastornos Específicos del Desarrollo.

Creemos que el principal interés de nuestra investigación es el haber abarcado el ámbito regional y prácticamente todos los Servicios sanitarios públicos, lo que nos ha permitido obtener una visión más amplia y diversificada de la distribución y peculiaridades de la enfermedad mental infanto-juvenil en la Región de Murcia.

AGRADECIMIENTO

A todos los profesionales que han colaborado en la recogida de los datos para esta investigación, por su importante e imprescindible colaboración.

A los Profesores J. Rodríguez Sacristán (Sevilla) y P. Marset Campos (Murcia) por el va-

lioso asesoramiento y orientación que siempre nos han proporcionado y especialmente en esta investigación.

Bibliografía

1. Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la salud mental en la Región de Murcia. Consejería de Sanidad, 1988.
2. Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Ocupaciones. Madrid: I.N.E., 1979.
3. DOMINGO, A., MARCOS, J.: *Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación*. Gaceta Sanitaria, n. 10, vol. 3: 320-326.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades. Revisión 1975. 9ª Revisión. Publicación Científica n.º 353. Organización Panamericana de la Salud: 1978; 17-60.
5. D.S.M.-III.: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A. Barcelona, 1983.
6. D.S.M. III-R.: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A. Barcelona, 1988.
7. BONALS, A., VELILLA, J.M., MIRAVETE, P.: *Epidemiología y edad en Psiquiatría Infantojuvenil*. Mes Redonda. Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, 1987 (Del original).
8. MENDIGUCHIA, F.J.: *Estudio de seguimiento de niños asistidos en una consulta de Psiquiatría Infantil*. Rev. Neur. Psiq. Inf. n.º 8, 1986; II: 113-140.
9. PEDREIRA, J.L.: *Análisis de la demanda de salud mental infanto-juvenil en una asistencia territorializada en Asturias*. Tesis doctoral, Sevilla, 1989.
10. FERNANDEZ, A., GOMEZ-FERRER, C., SANCHEZ, J.: *Factor edad en Psiquiatría Infanto-juvenil*. Mesa Redonda. Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Barcelona, 1987 (Del original).
11. Padrón Municipal de habitantes. Centro Regional de Estadística de Murcia, 1986.
12. Memoria 1989. Consejería de Sanidad. Serie Informes 3. Murcia: 1990; 229-238.
13. TEN, G.H., PEDREIRA, J.L.: *Epidemiología y registro de casos en Salud Mental Infanto-Juvenil*. Rev. Asoc. Esp. Neurop. VIII, 1988; 26: 373-390.
14. BAYO, C.: *Problemas de salud mental infanto-juvenil. Trabajo con pediatras*. R.A.E.N. VIII, 1988; 27: 702-705.
15. Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño. O.M.S. Serie de Informes Técnicos n.º 613. Ginebra, 1977.
16. MENDIGUCHIA, F.J.: *Historia de una transformación*. Rev. Neur. Psq. Inf. n.º 4, 1984; II: 7-20.
17. CONNELL, H.M.: *Essentials of Child Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, 1985.
18. COHEN, N.J., DAVINE, M., MELOCHE-KELLY, M.: *Prevalence of unsuspected Language Disorders in a Child Psychiatric Population*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1989; 28, 1: 107-111.
19. WEISZ, J.R., SUWANLERT, S., CHAIYASIT, W., WEISS, B., ACHENBACH, Th. M., TREVATHAN, D.: *Epidemiology of Behavioral and Emotional Problems among Thai and american Children: Teacher Reports for Ages 6-11*. J. Child. Psychol. Psychiat. vol 30, 1989; 3: 471-484.
20. DOAN, R.J., PETTI, Th. A.: *Clinical and Demographic Characteristics of Child and Adolescent Partial Hospital Patients*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1989; 28, 1: 66-69.
21. MORRISON, D., MANTZICOPPOULOS, P., CARTE, A.: *Preacademic Screening for Learning and Behavior Problems*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1989; 28, 1: 101-106.
22. GILLBERG, CH., RASMUSSEN, P., CARLSTOM, G., SVENSON, B., WALDENSTROMIE.: *Perceptual, Motor and Attentional Deficits in Six-Year-Old Children. Epidemiological aspects*. J. Child Psychol. Psychia-vol. 23, 1982; 2: 131-144.
23. SCHMIDT, M.H., ESSER, G., ALLEHOFF, W., GEISEL, B., LAUCHT, M., WOERNER, W.: *Evaluation the significance of Minimal Brain Dysfunction-RESULTS OF AN EPIDEMIOLOGICAL STUDY*. J. Child Psychol. Psychiat. vol. 28, 1987; 6: 803-821.