

Contribución a un estudio epidemiológico en salud mental infanto-juvenil

F.M. Espín Jaime
Algeciras

RESUMEN:

El trabajo aporta datos epidemiológicos de un espacio concreto (comarca del Campo de Gibraltar), valorando incidencia, prevalencia de diversas variables demográficas y psicopatológicas.

Según el trabajo, son los niños quien acuden más a consulta, siendo la media de edad de 12 años, y el motivo de consulta suele ser mecanismos de somatización.

La patología familiar asociada se codifica en un 63%, siendo la afectación materna la más significativa. No hay un diagnóstico en cuanto a trastorno específico que destaque de los demás, por tanto se establece un equilibrio entre trastornos por ansiedad, del estado de ánimo, y somatoforme.

Hay que destacar la ausencia de trastornos orgánicos asociados, y el elevado número de perturbaciones psicosociales.

Palabras clave: Epidemiología infantil. Factores demográficos y clínicos en la infancia.

INTRODUCCIÓN

La Federación Mundial de la Salud, que tiene como misión fundamental la salvaguarda en todos los pueblos del más alto nivel de salud mental en todos sus aspectos biológicos, médicos, educativos y sociales, propuso a su fundación, entre otros objetivos, la atención a las necesidades de la infancia, sobre todo en sus relaciones familiares.

Para Hogarth (1975), la epidemiología es la disciplina que estudia los factores determinantes de la frecuencia y distribución de las enfermedades en las poblaciones. Desde 1981 la OMS propone una definición de la epidemiología como el estudio de la distribución y determinantes de la salud y de la enfermedad en la población humana a fin de asegurarse una planificación racional de los servicios de salud, la vigilancia de la enfermedad y la ejecución de programas de prevención y de lucha.

La Epidemiología Psiquiátrica es, en la actualidad, un sector de dicha Ciencia, básica para la medicina, ya que aporta conocimientos indispensables para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. Conviene señalar, aunque sea brevemente, que junto a la Epidemiología descriptiva clásica se ha desarrollado la Epidemiología Analítica y la Epidemiología

Comunicación presentada en la XXX Reunión Anual de la Soc. Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Gijón, Junio, 1991.

Experimental, de tal forma que — sobrepasando los estudios de incidencia y prevalencia — las investigaciones epidemiológicas nos ayudan a identificar las causas, los factores de riesgo, de evolución y el diagnóstico de muchas enfermedades.

Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta la actual situación de la asistencia psiquiátrica para la población dependiente del ISM en la comarca del Campo de Gibraltar, que se hace a través de un consultorio de neuropsiquiatría dentro de los servicios de una policlínica de Algeciras, hemos realizado una revisión de historias clínicas familiares formadas por los diferentes pacientes que remitidos por los médicos de zona y pediatras presentan o se les presupone un problema neuropsiquiátrico.

Dada la dispersión sintomatológica de los motivos de consulta nos ha parecido útil agruparlos de acuerdo con un criterio funcional siguiendo, con ligeras modificaciones la utilizada por A. Rodríguez, M.D. Domínguez, A. Perdiguero, C. Rodríguez, A. Alonso en un trabajo sobre estructura familiar y psicopatología infanto-juvenil publicado en la Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil n.º 4 del año 1990; y así los agrupamos en síntomas contra el propio sujeto, contra otros y no clasificables.

Es indudable, como señala el Profesor Ruiz Ogara, que gran parte de los problemas subyacentes a las dificultades metodológicas se encuentran en el relativismo existente entre los conceptos de normalidad y anormalidad, en la carencia de conocimientos etiopatogénicos seguros en muchas áreas psicopatológicas, y de una integración psicosomática real del papel de los factores biológicos y psicológicos en el enfermar; así como en las insuficiencias de los sistemas nosológicos y de diagnóstico ahora empleados internacionalmente.

No obstante, para el diagnóstico hemos utilizado el DSM-III-R que — si bien para el Prof. Ruiz Ogara aumenta la fiabilidad y concordancia de las etiquetas diagnósticas pero no la validez de las mismas — para el Prof. Civeira tiene una especial importancia en Psiquiatría Infanto-Juvenil donde, gracias a ella, se están dando

pasos de gigante hacia un mejor tratamiento del niño enfermo al separar unas patologías de otras; y para el Prof. Rojas en la misma revista de psicología (vol. 11 n.º 1 correspondiente a Enero / Marzo de 1991) lo considera un sistema útil porque facilita categorías diagnósticas así como decisiones terapéuticas siendo por tanto operativo, describe la realidad clínica de forma empírica, y facilita el trabajo de investigación al ofrecernos un sistema de referencia manteniendo una cierta compatibilidad con el ICD-10.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan 116 historias sobre el fichero de una consulta de neuropsiquiatría del ISM en Algeciras, en las que se incluyen las diferentes consultas efectuadas por los diversos miembros de cada familia que han sido remitidos bien por el médico de cabecera bien por el pediatra y en los que se presupone una patología neuropsiquiátrica. Analizamos diversas variables como sexo, edad, motivo de consulta, diagnóstico ajustado al DSM-III-R y patología familiar.

RESULTADOS

Encontramos 44 historias infanto-juveniles, lo que representa un 37,93% de patología infanto-juvenil respecto del total de historias revisadas para dicho consultorio.

De estos 44 niños, con edades comprendidas entre los 7 meses y los 16 años, 25 son varones (56,82%) y 19 hembras (43,18%) y tienen unas edades medidas de 8,44 y 11 años respectivamente.

Se estudiaron en primer lugar los motivos de consulta alegados y que como ya hemos dicho agrupamos según un criterio funcional en tres grandes grupos: 1 — contra el sujeto (enuresis, miedo, inquietud, timidez, infantilismo, trastorno del sueño, alteración de la consciencia, manías); 2 — contra otros (conductas llamativas, problemas escolares, conductas antisociales); 3 — no clasificables en ninguno de los apartados ante-

rios (crisis convulsiva, trastorno psicomotor, trastorno somático, trastorno del lenguaje, TCE); tendiendo los primeros a conformar lo que se considerarían cuadros neuróticos y los segundos los cuadros psicopáticos o personalidades a normales.

Los que más se repiten vemos, son los trastornos somáticos, concretamente el 25% de los niños que acuden a la consulta lo hacen en relación con trastornos somáticos fundamentalmente en forma de cefaleas; un 15,91% lo hacen por crisis convulsivas; un 9,10% por inquietud; un 6,82% lo hacen por enuresis y también en este mismo porcentaje por alteraciones de la conciencia.

Es habitual encontrar, al menos en este tipo de consulta de neuropsiquiatría este motivo de consulta dominante, y nos referimos a las cefaleas, sea cual sea la edad del paciente y que no siempre nos orientan a un determinado tipo de patología.

A partir de aquí y en relación con los diagnósticos que finalmente se establecieron, encontramos dos grupos:

1 — correspondiente a patología no psiquiátrica formado por 11 niños de ambos sexos, 5 niños y 6 niñas, con edades entre los 7 meses y los 14 años, y de unas edades medias de 2,8 y 8,33 años respectivamente.

El diagnóstico más frecuente es el de Epilepsia, constituyendo el 54,55% de esta muestra, el resto se reparte entre los trastornos paroxísticos no epilépticos, la parálisis cerebral, la migraña, la parálisis facial periférica y el TCE con un caso cada una.

2 — correspondiente a patología psiquiátrica, aparece formado por 33 niños entre los 3 y los 16 años, 20 de los cuales son varones (60,61%) y 13 hembras (39,39%) y tienen unas edades medidas de 9,85 años para los niños y de 12,23 años para las niñas.

La mayor incidencia de patología psiquiátrica, nos la encontramos a las edades de 9, 11 y 16 años con un porcentaje del 18,18% en cada una (54,54% en total). Es interesante señalar la edad más precoz que en nuestra aparece la patología neurológica y la mayor edad de las niñas respec-

to de los niños en las dos muestras.

Centrándonos ya, y a partir de aquí, en el estudio de la muestra con patología psiquiátrica establecemos el diagnóstico según un sistema multiaxial, el DSM-III-R.

El eje V no fué posible establecerlo en ningún caso ya que no constaban datos.

Se realizó en dos ejes en un 78,79% de la muestra siendo en el 21,21% restante en un sólo eje.

Dentro del eje I, donde se recogen los síntomas clínicos y los códigos V encontramos como más frecuente el trastorno por ansiedad (18,18%); seguido del trastorno del estado de ánimo (15,15%); trastorno somatoforme (15,15%); trastorno por conductas perturbadoras (9,09%) y trastornos adaptativos (6,06%).

En el eje II, (Tabla 1), la incidencia más alta de diagnóstico corresponde al de retraso mental con un 15,15%.

TABLA I
DIAGNÓSTICOS EN EL EJE II

— Trastornos del desarrollo	
Retraso mental	5
Trastorno autista	1
Trastorno del desarrollo en la lectura	1
Trastorno del desarrollo en el lenguaje, de tipo expresivo	1
— Ausencia de diagnóstico en el Eje II	25

El 93,94% de la muestra no presentaba ningún trastorno o estado somático asociado a su enfermedad mental o emocional en el momento de la consulta.

La presencia de enfermedades concomitantes nos la encontramos en dos casos: un hipertiroidismo y una encefalitis gripal.

Para elaborar la Tabla 2 se vio si constaba en la ficha la existencia de algún factor psicosocial estresante, y si había varios se escogió el de mayor intensidad de acuerdo con el listado de los principales tipos que el manual establece.

Así, son los trastornos mentales en los padres (24,24%); las desavenencias entre los mismos (12,12%); las estancias fuera del hogar y los problemas escolares (9,09% cada una) los facto-

res más frecuentemente encontrados; siendo la mayor incidencia de acontecimientos los de intensidad leve y de carácter crónico, que son los que por otra parte tienen mayor incidencia en patología psiquiátrica en los niños.

TABLA II

EJE IV ESTRÉS PSICOSOCIAL

	Intensidad	
— Abuso físico recurrente	5 — Extremo (crónico)	1
— Embarazo no deseado	4 — Grave (agudo)	1
— Enf. que amenaza la vida	4 — Grave (crónico)	1
— Estancias fuera del hogar	4 — Grave (crónico)	3
— Desavenencias entre los padres	3 — Moderado (crónico)	4
— Enf. incapacitante del padre	3 — Moderado (crónico)	2
— Expulsión de la escuela	3 — Moderado (agudo)	1
— Trastorno mental en los padres	2 — Leve (crónico)	8
— Discusiones familiares	2 — Leve (crónico)	1
— Ruptura con el novio	2 — Leve (agudo)	1
— Problemas escolares	2 — Leve (crónico)	3
— No consta stress aparente		
o hay información inadecuada		

Por último estudiamos la existencia o no de patología familiar; En la Tabla 3, vemos que el 63,64% de los niños presentaban familiar asociada, bien de uno de los padres (42,86%); de ambos a la vez (28,57%); o de ambos junto a algún hermano/a (14,29%); o de uno sólo de los padres junto a un hermano/a (14,28%); siendo la patología más frecuentemente encontrada los trastornos por uso de sustancias en el padre y trastorno del estado de ánimo y trastorno somatoforme en la madre.

TABLA III

PATOLOGÍA FAMILIAR

— Sin patología familiar alguna	36,36%
— Con patología de la madre solamente	38,1%
T. del estado de ánimo	(50%)
— Con patología del padre solamente	4,76%
— Con patología de ambos padres	28,57%
Padres — T. por uso de sustancias	(66,67%)
Madres — T. somatoformes	(66,67%)
— Con patología de ambos padres y algún hermano/a	14,29%
Padre — T. por uso de sustancias	(66,67%)
Madre — T. estado ánimo	(66,67%)
Hermano/a — T. personalidad	(66,67%)
— Con patología del padre y un hermano/a	9,52%
— Con patología de la madre y un hermano/a	4,76%

COMENTARIOS

1 — Acuden más frecuentemente los varones — 60,61% de la muestra con patología psiquiátrica — lo que para nosotros no es indicativo de una mayor patología psiquiátrica sino de la existencia de una serie de factores socioculturales especialmente evidentes en el tipo de muestra manejada que exigen unos rendimientos y unas expectativas a los varones, diferentes a las de las hembras en donde la patología sería más aceptada, pasaría desapercibida y sería asumida como valores propios de la misma.

2 — Presentan estos varones, una edad media de 9,85 años, encontrándola mayor para las hembras (12,23 años) y en ambos casos mayor que cuando se detecta patología no psiquiátrica.

Pensamos que esto se encuentra en relación por un lado con la identificación y reconocimiento de patología psiquiátrica a edades tempranas tanto por parte de los pediatras como de los padres, ya sea por falta de sospecha clínica, por desconocimiento de las expresiones no orgánicas del niño, o por su inadecuada valoración; y por otro lado por el mayor interés que despiertan los problemas orgánicos de los niños que conllevan a la marginación de sus aspectos psíquicos.

También cabría la posibilidad de que esa patología psiquiátrica fuera identificada y tratada en los propios servicios de pediatría, pero no tenemos constancia de que así sea.

3 — El 25% de los niños dan como motivo de consulta la existencia de diferentes trastornos somáticos, fundamentalmente cefaleas; y que nosotros entendemos en relación con factores socioculturales en donde prima la queja somática.

4 — No hay un diagnóstico que destaque especialmente respecto de los demás; los más frecuentemente establecidos fueron los trastornos por ansiedad (18,18%), los trastornos del estado de ánimo (15,15%) y trastorno somatoforme (15,15%); repartiéndose el resto entre las diferentes patologías en porcentajes menores: añadiéndose en un 15,15% de la muestra el diagnóstico de retraso mental.

Destaca la ausencia de patología orgánica

asociada (93,94%) y la alta frecuencia de factores psicosociales (78,79%), fundamentalmente leves y de carácter crónico.

Echamos en falta un mayor número, dentro de éstos últimos, atribuidos a estancias fuera del hogar que pensamos deben ser especialmente importantes en este tipo de muestra pero que no constatamos.

5 — Encontramos patología familiar asociada en un porcentaje del 63,64% siendo la afectación materna sola la forma de presentación más frecuente (38,10%) seguida de la de ambos padres (28,57%) y el diagnóstico más frecuente el de trastornos del estado de ánimo para la primera presentación y trastorno por uso de sustancias para los padres y trastorno somatoforme para las madres en la segunda presentación.

La patología parental parece ser un factor importante a la hora de comprender la psicopatología del niño aunque no disponemos de datos

para poder establecer una correlación entre el tipo de patología parental y el tipo de patología psiquiátrica del niño.

Bibliografía

- CIVEIRA, J.M; MOHAMED, B.; ROJAS, E.: *Utilización del DSM-III-R por el psiquiatra clínico*. Revista de Psicopatología, 1991, n.º 1; 36:38.
- LOPEZ ALVAREZ, M.: *Epidemiología y Psiquiatría comunitaria. Los sistemas de información en la planificación y evaluación de los Servicios de Salud Mental*. Rev. Asoc. Esp. Neurops. Año III, 1983; 8:6.
- OLIVEIROS, A.: *Situación actual de las clasificaciones en epilepsia*. Rev. de encuentros médicos: 2.º curso de formación continuada en epilepsia, 1990; 6:10.
- OLIVEIROS, A.: *Etapas diagnósticas y bases terapéuticas de las epilepsias*. Rev. Esp. Neurol.; 3:75-88, 1988.
- PUBLICACIONES DE LA OMS: *Informes y estudios EURO*. Formas nuevas de actuación en salud mental, 1983; 75:54.
- RODRIGUEZ A.; DOMINGUEZ, M.D.; PERDIGUERO, A.; RODRIGUEZ, C.; ALANSO, A.: *Estructura Familiar y Psicopatología Infanto-Juvenil*. Rev. Psiq. Inf. n.º 4, 1990; 245:249.
- RUIZ OGARA, C.: *La Epidemiología Psiquiátrica: Trayectoria y problemas*. Libro de resúmenes de ponencias y comunicaciones libres de la VII Reunión de la Soc. And. de Psiq., 1991.