

R. Aneón Madinabeitia
A. Pascual García
A. Rivases Aunes
I. Lozano Soriano

Zaragoza

Estudio epidemiológico en un centro de salud mental infanto-juvenil de nueva creación

Epidemiological study from a new childhood and adolescence mental health center

RESUMEN

Para el presente trabajo se han estudiado 120 historias correspondientes a pacientes vistos en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de edades comprendidas entre seis y once años, desde su creación en febrero de 1991, hasta la actualidad. Se han recogido diversas variables sociodemográficas como sexo, procedencia, estudios, nivel económico, profesión de los padres y fratria, centrándose el estudio en el motivo de consulta, tratamiento y evolución. Del mismo modo, se ha tenido en cuenta la incidencia de circunstancias carenciales por su interés e influencia en la aparición de psicopatología en las edades objeto de estudio. En cuanto a los diagnósticos se hace un análisis de los mismos, siendo los trastornos por ansiedad, trastornos de eliminación, trastornos de conducta y trastornos específicos del desarrollo, los cuatro grupos que se han encontrado con más frecuencia. Así mismo se han estudiado los antecedentes psiquiátricos familiares y personales, en cada uno de los casos, viendo su incidencia y poniéndolos en relación con los mencionados diagnósticos.

PALABRAS CLAVE:

Psicopatología infantil. Epidemiología. Variables.

ABSTRACT

In this paper we have studied the clinical histories of 120 patients (aged between 6 and 11) who have attended a Child-Youth Mental Health Center since its opening in February 1991, until the present. We have gathered several socialdemographic variables such as sex, origin, education, socioeconomic level, parent's profession and place in the family, but the work is focused on the reason for consultation, treatment and evolution of the illness. We have also taken into consideration the incidence of emotional deprivation and the factors that have contributed to the outcome of psychopathology. The diagnosis have also been analyzed, being the anxiety disorders, elimination disorders, behavioural disorders and specific developmental disorders the most common. Finally, we have studied both the personal and the familial psychiatric backgrounds in each case, observing their incidence and any relation with the diagnosis made.

12

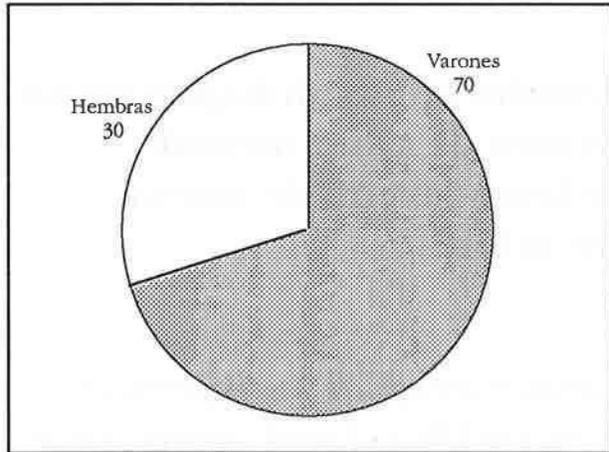


Figura 1. Sexo (%).

KEY WORDS

Child psychopathology. Epidemiology. Variables.

INTRODUCCIÓN

Sabido es la importancia que adquiere la detección de la frecuencia y distribución de las condiciones psicopatológicas infantiles para la programación de la asistencia psiquiátrica infantil y para la necesidad de prevención de las perturbaciones paidopsiquiátricas.

Creemos que uno de los posibles métodos de estudio para conocer la incidencia de la enfermedad mental infantojuvenil que puede resultar 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.

Es por ello que nos hemos planteado el presente trabajo, partiendo de una visión global de la psicopatología infantojuvenil en la que esté presente una interrelación de factores distintos, tanto biológicos como psicológicos y sociales.

MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo este trabajo hemos revisado 120 historias correspondientes a pacientes vistos en un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil con edades

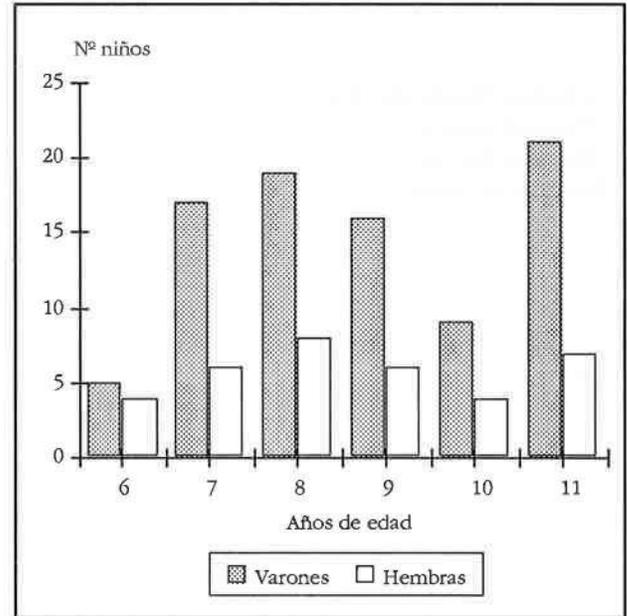


Figura 2. Distribución según edad y sexo.

comprendidas entre los seis y los once años, desde su creación en febrero de 1991 hasta la actualidad.

Han sido recogidas diversas variables socio-demográficas como sexo, procedencia, estudios, nivel económico, profesión de los padres y fratria, analizándose asimismo el motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento y evolución. Del mismo modo se ha tenido en cuenta la incidencia de circunstancias carenciales por su interés e influencia en la aparición de psicopatología en las edades objeto de estudio.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De los datos obtenidos de la revisión de las citadas historia clínicas, tenemos en primer lugar, el sexo, encontrando un predominio de los varones, el 70% de la muestra, con respecto al 30% de mujeres, proporción que se encuentra en muchos trabajos de investigación y que es considerada por muchos autores inherente a la patología mental infanto-juvenil (Fig. 1).

En cuanto a la edad su valor medio se sitúa en 8,7 años, con una desviación estándar de 7,8.

Analizando la distribución seguida por la muestra según las variables anteriores (edad y sexo) encontra-

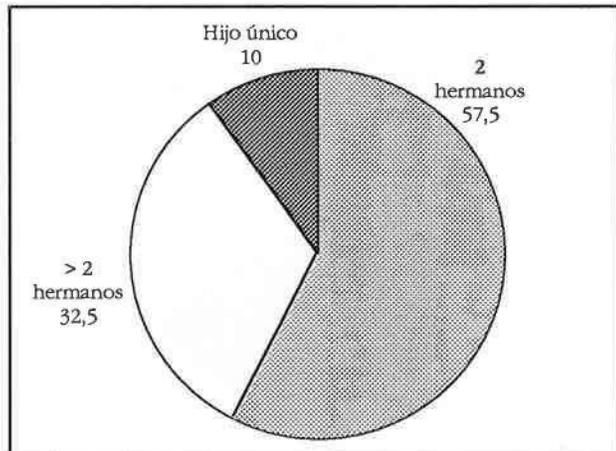


Figura 3. Número de hermanos (%).

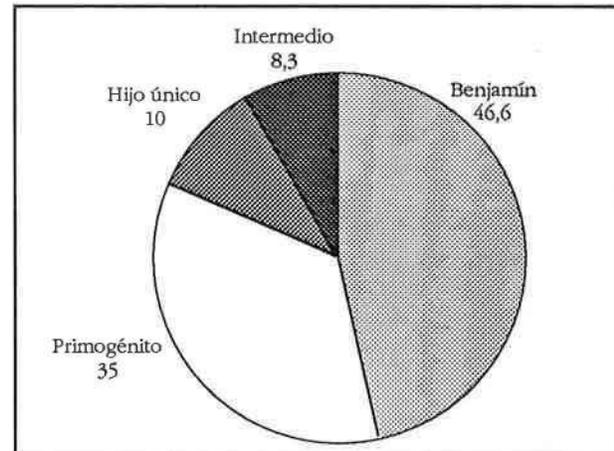


Figura 4. Fratria (%).

Tabla 1. Circunstancias carenciales (porcentajes)

	Primera	Segunda
Separación o divorcio	10	24
Tratamiento psiquiátrico enfermedad no grave	425	425
Muerte de padres	24	
Enfermedad mental grave de los padres	24	
Adopción	16	
Abandono de hogar	0,8	0,8
Madre soltera	0,8	
Internamiento en institución	0,8	
Nivel socioeconómico y cultural bajo	0,8	
Malos tratos evidentes	0,8	
Drogodependencias		16
Antecedentes de delito o cárcel		0,8
Varios factores	16	
Total	26,25	9,85

mos que, tal y como se ha comentado, predominan los varones, mostrando dos picos, en los ocho y once años, en los que la diferencia con las mujeres se acentúa de forma considerable. Algunos estudios similares consultados encuentran, coincidiendo con nuestra experiencia, mayor porcentaje de varones hasta los siete años, mostrando sin embargo un predominio de las mujeres a partir de los ocho años, extremo en el que no coincide nuestro trabajo, como se evidencia en la figura 2. Entre los datos referentes al *tamaño de la fratria* encontramos que un 10% son hijos únicos, y un 57,5% tenían uno o dos hermanos y un 32,5% más de dos (Fig. 3).

Al referirnos al *orden de la fratria*, tal y como se aprecia en la figura 4, encontramos un 10% de hijos únicos y un

35% de primogénitos, un 8,3% ocupan el lugar intermedio y un 46,6% corresponde al benjamín.

Estas cifras coinciden con otros estudios, en encontrar mayor patología en los benjamines, seguido por los primogénitos. Se han realizado diversas hipótesis en este sentido atribuyendo como causa de la patología en los primogénitos, la mayor responsabilidad que su lugar en la fratria les suele conferir, ya que muchos padres podrían delegar en ellos parte de sus obligaciones específicas e incluso aquellas ilusiones o esperanzas que no pudieron alcanzar por sí mismos, de ahí que se haya descrito al primogénito como el principal heredero de la psicopatología parental. En cuanto a la mayor incidencia de patología en los benjamines las razones parecen menos claras, aunque algunos autores atribuyen este fenómeno a la posible psicopatología materna, interpretando que la madre se servirá del hijo como medio para consultar con un médico, al haber encontrado que es en estos pacientes también en los que con más frecuencia hay una ausencia de diagnóstico psiquiátrico, hecho este que podía ser considerado para realizar posteriores estudios.

Siguiendo con los datos familiares y en lo concerniente a la profesión de los padres, destaca en un 44,4% ambos progenitores trabajan, mientras que en el 56,6% la madre no realiza otras actividades fuera del hogar, no apreciándose que la actividad laboral parental en la muestra estudiada ejerza una especial influencia en la aparición de psicopatología.

14

Tabla 2 Motivos de consulta (porcentajes)

	1	2
Celotipias	5	4,25
Desinterés escolar	0,8	4,25
Dificultad escolar	21,6	
Encopresis	0,8	1,6
Enuresis	21,6	0,8
Fobia escolar	2,5	1
Introversión	1,6	0,8
Irritabilidad	9	2,6
Manías	0,8	6,4
Miedos	5	0,8
Pesadillas	6,4	4
Problemas familiares	3,2	
Retraso lenguaje	1,6	1,6
Somatizaciones	2,5	0,8
Tics	0,8	0,8
Trastornos conducta	13,3	
Tristeza	2,4	0,8
Total	100%	30,5%

Analizando por otra parte *las circunstancias carenciales*, encontramos en la tabla 1 que un 26% de los pacientes presenta una circunstancia carencial y 9,85% dos de dichas circunstancias, siendo la más frecuente, tal y como se puede apreciar en la tabla, la separación o divorcio de los padres, que alcanza un 10%, hecho que sin duda tiene una gran repercusión en el desarrollo psicológico del niño, aunque lo que parece tener más importancia que la separación o divorcio en sí, sería lo que Rutter llama "índice conyugal", es decir, la medida de las relaciones armónicas en el matrimonio, circunstancia esta más difícil de valorar objetivamente y recoger en las historias y que sin embargo podría afectar a algunos de estos pacientes; asimismo, deberíamos tener en cuenta la existencia de otras formas más sutiles de abandono e incluso en ocasiones más aceptadas socialmente, que no son reflejadas y que quizá, si fuera posible objetivarlas, engrasarían el grupo de estas circunstancias carenciales.

Asimismo, al estudiar las características clínicas, y en lo que *al motivo de consulta* se refiere, tal y como se aprecia en la tabla 2, encontramos que un 30,5% acuden por más de un motivo; entre las causas más frecuentes destaca con igual porcentaje, un 21,6%, las dificultades escolares y enuresis, seguidas de los trastornos de conducta, con un 13,3%; los otros motivos que figuran en la tabla, muestran porcentajes por debajo de los anteriores.

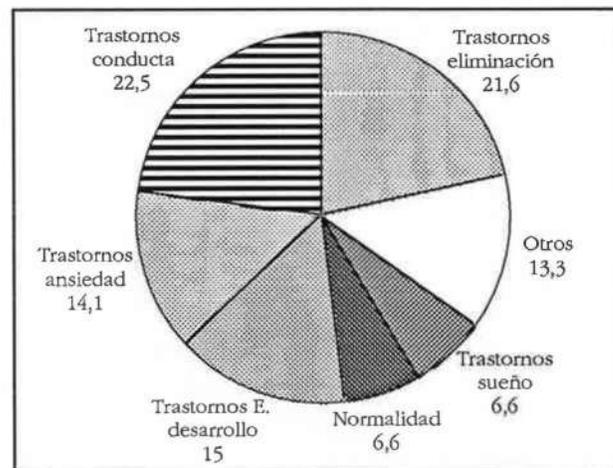


Figura 5. Diagnóstico (%).

Respecto a los *grupos diagnosticados* establecidos destacan en primer lugar los trastornos de conducta con un 22,5%, seguidos de los trastornos de eliminación con un 21,6%, los trastornos específicos del desarrollo el 15%, trastornos de ansiedad el 14,1%, trastornos del sueño el 6,6% y otros el 13,3%, realizando el diagnóstico de normalidad en el 6,6% (Fig. 5).

Cabe destacar la escasa frecuencia de cuadros depresivos diagnosticados en estas edades, que han quedado incluidos en el grupo de otros. De este modo entramos en la controversia planteada por muchos autores sobre el diagnóstico de depresión en la infancia, considerando unos autores que las depresiones infantiles se presentaran casi exclusivamente bajo la forma de depresiones enmascaradas como trastorno del comportamiento y como equivalentes somáticas, mientras que otros juzgan que esta manera de considerarlas no se sostiene más que si se toma como punto de partida la sintomatología de los adultos y mantienen que en la infancia no se trataría de depresiones enmascaradas sino de verdaderas depresiones que no se expresan con síntomas específicos en función de la edad, por lo que no deben considerarse equivalentes depresivas.

En lo que se hace referencia a los *antecedentes*, sólo mencionar que el 30,7% tienen antecedentes psiquiátricos en familiares de segundo grado y el 26,6% antecedentes en familiares de primer grado; el 48,1% tienen antecedentes personales somáticos constatados en la historia, incluyendo enfermedades orgánicas y hospitalizaciones, sobresaliendo la frecuencia de antecedentes familiares del mismo tipo en los trastornos por eliminación.

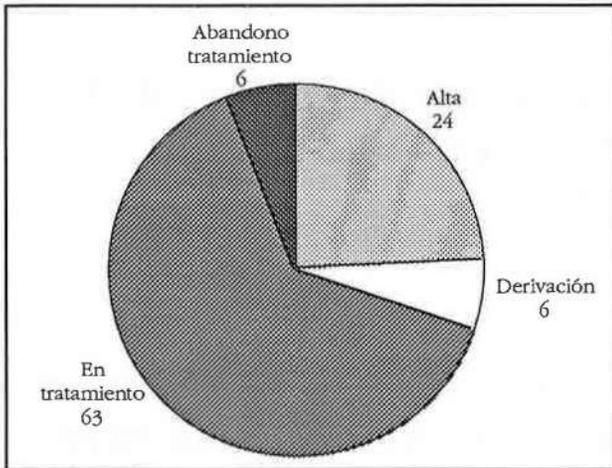


Figura 6. Evolución (%).

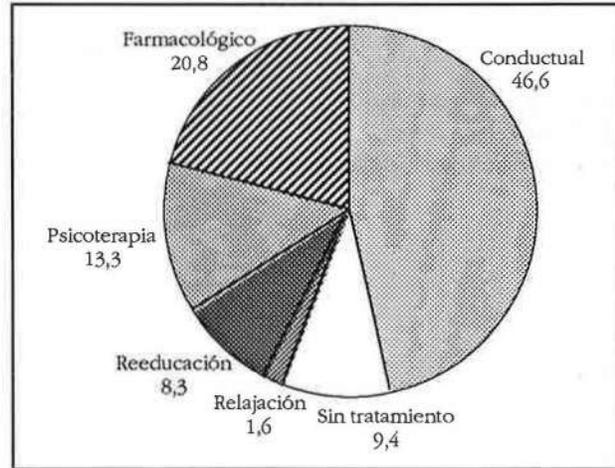


Figura 7. Tratamiento (%).

El *tratamiento* aplicado ha sido en un 46,6% de tipo conductual, en un 20,8% farmacológico, en un 13,3% psicoterapia, en un 8,3% reeducación, en un 1,6% relajación, quedando asimismo un 9,4% sin tratamiento, que correspondería a los diagnósticos de normalidad y a los casos en que la intervención se ha limitado la pauta de modificación de conducta a los padres (Fig. 7).

Por último, al referirnos a la *evolución*, se aprecia que, en el momento de la realización del estudio (Fig. 6) el 63% sigue en tratamiento y el 24% ha sido dado de alta, encontrando asimismo un 6% de abandonos del tratamiento y otro 6% derivado a otros servicios.

CONCLUSIONES

1. Se aprecia un claro predominio de psicopatología en el sexo masculino sobre el femenino, situándose la

edad en un valor medio de 8,7 años, con una desviación estándar de 7,8.

2. En cuanto al orden de la fratria, la mayor incidencia de patología en las edades estudiadas se da en los benjamines con un 46,6% seguido de los primogénitos con un 35%.

3. No parece haber influencia de la actividad laboral de la madre en la muestra estudiada.

4. La circunstancia parental más importante de las estudiadas es el divorcio o separación de los padres alcanzando un 10%.

5. Los grupos diagnósticos que aparecen con más frecuencia son los trastornos de conducta con un 22,5%, seguidos de los trastornos de eliminación y de los trastornos específicos del desarrollo.

6. El tratamiento más frecuentemente aplicado es el de tipo conductual seguido a poca distancia del farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodríguez A, Domínguez MD, Perdiguero A, Rodríguez C, Alonso A. Rodríguez C, Alonso A. Estructura Familiar y Psicopatología Infanto-Juvenil. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990;4:245-249.
- Fernández Moreno A, Gómez-Ferrer Gorris C, Pereyra Niño A. La enfermedad mental Infanto-Juvenil en la región de Murcia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1991;1:27-39.
- Ballesteros Alcalde MC, Conde López V. Diagnóstico Clínico evolutivo de las depresiones en la infancia. (Diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos en la infancia y adolescencia. PTD. España. IV Symposium Nacional del Comité para la prevención y el tratamiento de las depresiones. Córdoba, 18 y 19 septiembre, 1987:21-36)
- Verhulst FC. Epidemiología en psiquiatría infanto-juvenil. *Psiquiatría Infanto-Juvenil* 1990;3:149-153.
- Lana Moliner F. *El orden y el tamaño de la fratria en Paidopsicopatología*. Servicio de Salud Mental de Parla. Madrid.
- Velilla Picazo JM y cols. Incidencia del abandono y carencias afectivas en una consulta de Psiquiatría Infanto Juvenil.