

J.A. López Villalobos  
M. I. Sánchez Azón  
C. Gil-Díez Usandizaga

## **Variables clínicas en salud mental infanto-juvenil**

Palencia

### *Clinical variables in childhood and adolescence mental health*

#### **RESUMEN**

Con el presente estudio, pretendemos incidir en la importancia de la globalidad de muchas posibilidades que influyen en la Salud Mental infanto-juvenil, relacionando para ello factores sociodemográficos y clínicos con los trastornos descritos en el DSM-III.

Debemos pues considerar al niño/a como una entidad *biopsicosociológica* que va evolucionando, siendo a la vez influenciado/a por multitud de variables relacionadas con su contexto intra e interpersonal.

Es importante plantear programas preventivos que mejoren la calidad de vida de la población, facilitando la utilización de recursos personales y socio-económicos adecuados.

El estudio de 370 casos (entre 0 y 16 años) que presentamos a continuación, se ha realizado en la población infanto-juvenil de tres centros de Atención Primaria de Palencia capital.

Las variables objeto de estudio han sido las siguientes: diagnóstico prioritario, diagnóstico asociado, sexo, edad, procedencia, problemas escolares, antecedentes psiquiátricos, lugar en la fratria, cultura de los padres y convivencia.

#### **PALABRAS CLAVE**

Entidad biopsicosociológica. Programas preventivos. Morbilidad. Variables.

#### **ABSTRACT**

*In this study, we comment on, by relating socialdemographical and clinical factors to the disorders described in the DSM-III, the importance of the globality of the elements that have influence on the Mental Health of both youth and children. We, therefore, have to consider the child as a biopsychosociological entity that is constantly progressing while, at the same time, is being influenced by lots of variables related to his/her inner and interpersonal context.*

*It is important propose preventive programmes of detection that improve a population's quality of life so that the use of proper personal and socioeconomical resources can be implemented to best advantage. This study is based on 370 cases histories (between 10 and 16 years) from the Child-Youth population of three Primary Care Centers (CAP) from the city of Palencia.*

*The variables studied have been: priority diagnosis, associated diagnosis, sex, age, origins, school problems, psychiatric background, place in the family, culture of the parents and social skills and abilities.*

### KEY WORDS

*Biopsychosociological entity. Preventive programmes. Underlying morbidity. Neurotic disorders. Several variables.*

### INTRODUCCIÓN

La base científica de la Salud Mental Infantil, pasa por la consideración del niño como entidad biopsicosociológica, con posibilidad de exteriorizar conflictos a través de cualquiera de las vías anteriores, encontrándose inmerso en una familia y contexto social, en permanente, rápida y constante evolución.

La infancia no puede ser considerada como un lugar de paso hacia la vida adulta, sino como un período con entidad propia. En palabras de Campbell, no tiene ningún sentido considerar la conducta infantil aislada de la influencia ambiental y del estadio del desarrollo por el que atraviesa el niño.

El trabajo de investigación en el área infantil es imprescindible para, como dice J.M. de Miguel, relacionar factores socioculturales con el desarrollo del trastorno, o averiguar los determinantes subyacentes que predisponen al mismo e incidir sobre ellos antes de que aparezcan, dado que ningún trastorno ha podido ser eliminado tratando uno a uno los casos afectados. Con nuestro análisis pretendemos favorecer una atención integral que englobe la promoción de la salud, prevención y tareas específicamente asistenciales en nuestra área de salud.

El presente estudio relaciona factores sociodemográficos y clínicos con los distintos trastornos (DSM III), observando hipótesis explicativas acerca de los datos y pretendiendo poner de relieve la importancia del análisis epidemiológico en este período vital, con entidad propia, reconocido por la OMS al reseñar que el 50% de los indicadores de "Salud para todos en el año 2000" se refiere a la población infantil, siendo la inversión en servicios de atención a la infancia, uno de los indicadores

internacionales de nivel cultural y sensibilidad social.

Finalizaremos esta introducción indicando la necesidad de adecuados programas preventivos, enmarcados bajo un contexto ecológico y base científica, derivados de estudios precisos que mejoren la calidad de vida de la población, sin olvidar que la cuestión de fondo es dotar a los individuos y a la colectividad de suficientes recursos personales, sociales y económicos. Para ello, no sólo es necesario adecuados programas de prevención que aborden los factores de morbilidad subyacente, sino un correcto aprovechamiento y coordinación de los recursos existentes, así como su ampliación, si fuera necesario.

17

### DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

El estudio se centra en la población infanto-juvenil (0-16 años), proveniente de tres centros de Atención Primaria de Palencia capital (PO, SJ, APS) y un centro rural (G).

La zona urbana tiene 72.000 habitantes (25% población infanto-juvenil), con dedicación profesional centrada fundamentalmente en el sector servicios, agricultura y algunos sectores industriales. Un análisis muestral que realizamos sobre la patología adulta observó un claro predominio de T. neuróticos de carácter afectivo, ansioso y somatoforme, en ambos sexos (incidencia: 0,26%).

La zona rural tiene 116.763 habitantes, y la muestra analizada (G) 14.095 habitantes, de los que el 19% son población infanto-juvenil. La dedicación profesional se encuentra fundamentalmente centrada en la minería, observándose una alta incidencia de alcoholismo, sobre todo en la población de adultos varones.

### METODOLOGÍA

Se ha observado la demanda de primera atención solicitada en la U.S.M. perteneciente al INSALUD de Palencia, procedente de la población infanto-juvenil (0-16 años). Esta población representa un tercio del total de primeras consultas y en una gran mayoría procede de tres centros de atención primaria urbana (PO, SJ, APS) y uno rural (G).

Se aplicó un protocolo de recogida de datos con variables sociodemográficas, administrativas y clínicas, como sexo, edad, procedencia (R-U), número de her-

18 manos, lugar que ocupa, problemas escolares, convivencia, cultura de los padres, antecedentes psiquiátricos y diagnóstico versión DSM III. La variable diagnóstica fue afinada tras una revisión por separado de psicólogo-psiquiatra de los datos relativos al niño.

La información fue analizada estadísticamente, mediante distribución uni y bivariada de frecuencias para cada una de las variables y aplicándose medidas de significación estadística para las tablas de contingencia ( $\chi^2$ ) así como medidas del grado de asociación de las variables estudiadas, (coeficiente de contingencia). Se determinaron tasas de incidencia tratada, prevalencia administrativa, frecuentación, utilización y penetración.

Se ha incidido especialmente en las variables clínicas de mayor prevalencia en la población infantil de la zona: enuresis, T. de conducta, T. por ansiedad, T. por déficit de atención, T. específicos del desarrollo.

Tamaño de la muestra analizada: 370 casos.

## RESULTADOS

*Incidencia AD:* nº de casos nuevos por cada 1000 h./año, en población infantil.

IA urbano: 8,59 ‰

IA Rural (G): 6,62 ‰

*Frecuentación:* nº de consultas por cada 1000 h./año en población infantil.

Urbano: 83,3‰

*Prevalencia AD:* nº de casos atendidos por 1000 h./año en población infantil.

Urbano: 12,4‰

*Penetración:* nº de casos por cada 1000 h. de la población definida año.

IP Urbano: 8,59‰

IP rural (G) : 6,62‰

## Diagnóstico

La variable "diagnóstico" fue afinada a través del criterio unilateral de psicólogo y psiquiatra acerca del caso particular; existió gran concordancia en el diagnóstico esencial (90%). El criterio tenido en cuenta en las discrepancias fue el acuerdo en primer lugar y secundariamente prevalecía la opinión del profesional que hubiese tenido más contacto con el niño/a.

El diagnóstico de máxima incidencia fue la enuresis, que representó un tercio del total de los casos.

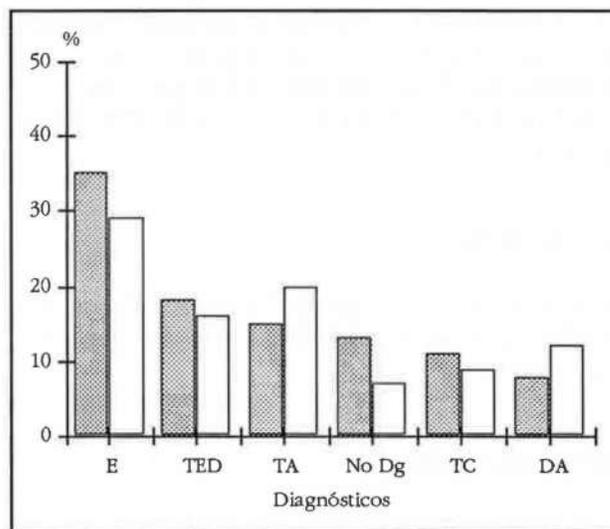


Figura 1. Diagnósticos prioritarios en nuestra USM, según porcentaje comparativo. Los tipos de trama diferencian dos años consecutivos en cada trastorno.

La enuresis es un diagnóstico muy frecuente (10% en niños/as de cinco años) y es clásicamente un problema que como sus acompañantes, "Trastornos con manifestaciones físicas", acuden prioritariamente al médico, persona que deriva a la USM cuando lo considera necesario. Por ello, no resulta extraño que sea el problema con más alta incidencia, a pesar de que ha disminuido notablemente en esta USM con el transcurso de los años.

En cuanto a la incidencia diagnóstica, nos encontramos secundariamente con los Trastornos específicos del desarrollo (TED), 19%-17%, y los Trastornos de ansiedad (TA), 14,5%-19%.

Los Trastornos de conducta (TC) y Déficit de atención (DA) representan porcentajes en torno al 10%. Estos cinco diagnósticos representan el 80% del total, motivo por el que han sido tenidos en cuenta como objeto de análisis exclusivo.

Un análisis realizado durante tres trimestres de 1989 en las provincias de Zaragoza, Las Palmas, Salamanca, Madrid, Navarra, Cáceres y La Coruña, presentó similares diagnósticos a los expuestos con anterioridad, encontrándose un claro predominio de "Otros trastornos con manifestaciones físicas", "T. de conducta" y "T. de ansiedad". También ocupaba un lugar relevante "otros T. en la infancia, niñez y adolescencia" (esquizoide, autismo, negativismo).

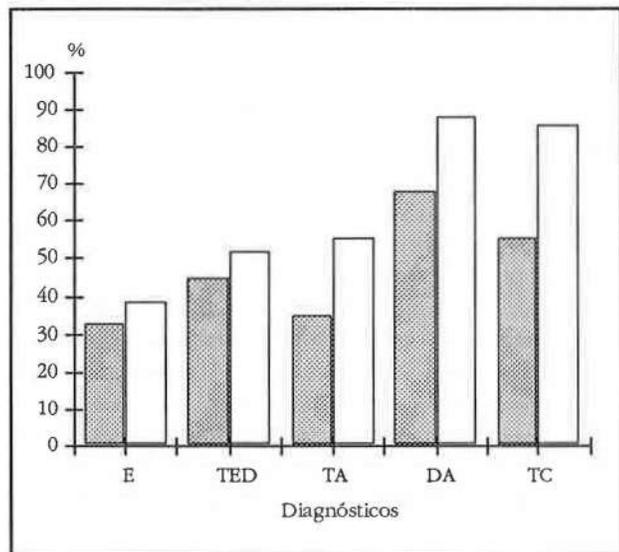


Figura 2. Diagnósticos asociados o "acompañantes" en cada una de las cinco variables clínicas analizadas.

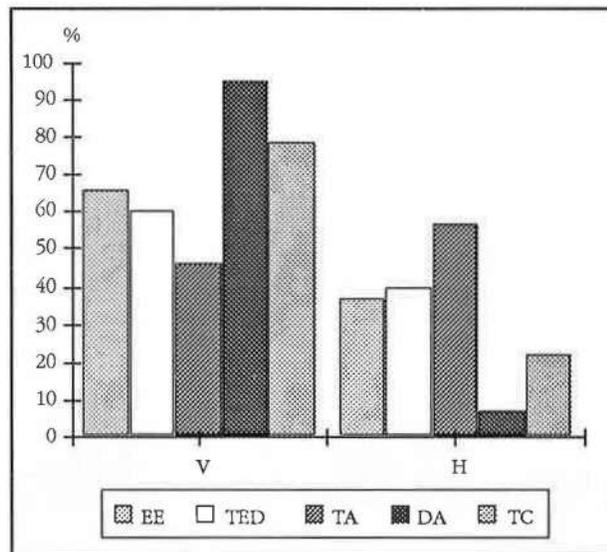


Figura 3. Comparación de la distribución de cada patología en función del sexo.

La sintomatología considerada como "No diagnóstico psiquiátrico" (No Dg) no ha disminuido del 13,1% al 8,1% en el transcurso de los años. Esta variable la adjudicamos a la habilidad de los médicos de Atención Primaria para precisar lo que es un caso psiquiátrico o psicológico. En este aspecto, también ha contribuido el conjunto de cursos de información impartidos durante estos últimos años sobre el tema de la Salud Mental, que ha conducido a precisar el diagnóstico y derivar menor número de casos infanto-juveniles (206 frente a 159) y su tratamiento en Atención Primaria.

Otro dato de interés consiste en observar los "Diagnósticos asociados" o el porcentaje en que un diagnóstico se encuentra asociado a otro en una misma persona y su análisis global en la población que demanda consulta infanto-juvenil. Los diagnósticos esenciales, a medida que transcurren los años van mayormente asociados a otros diagnósticos.

Enuresis: 32,8% → 36,2%; TED: 43,6% → 51,8%; TA: 33,3% → 54,8%; DA: 68,4% → 88,8%; TC: 54,5% → 85,7%. Ello puede ser índice de mayor precisión diagnóstica. Existen variables, como el DA, que van asociadas con gran frecuencia a otros diagnósticos, lo que puede hacer dudar de su entidad clínica aislada.

No existen diferencias significativas en las asociaciones diagnósticas, si bien se producen en ma-

yor número las asociaciones TC-DA, EE-TED y TED-CL.

### Sexo

Existe, como en la mayoría de las investigaciones, un claro predominio de primeras consultas en varones infanto-juveniles, comparados con las hembras. Por cada hembra acuden 1,97 varones.

Los índices de penetración, más fiables estadísticamente, indican resultados similares, tanto en la población rural, como en la urbana. (PU. V: 10,9% - H: 6,12%; PR.V: 2,85%; H: 1,54%).

Un análisis por centros e índices de penetración, observa resultados análogos, aunque con índices más altos (POV: 18,6% - POH: 7,8%; SJV: 22,6% - SJH: 12,3%; APSV: 9,01% - APSH: 6,5%) a excepción de una zona rural (GV: 5,06% - GH: 8,2%).

Un análisis realizado en otras provincias, durante tres trimestres de 1989, reseñó resultados similares en Las Palmas, Cáceres y La Coruña. Diferencias menores, aunque también a favor de los varones en Madrid y Navarra. Los porcentajes de varones y hembras se igualaban en Salamanca y Zaragoza, aunque la muestra era escasamente representativa.

Parece claro que los niños son más proclives en acudir a consulta de Salud mental que las niñas.

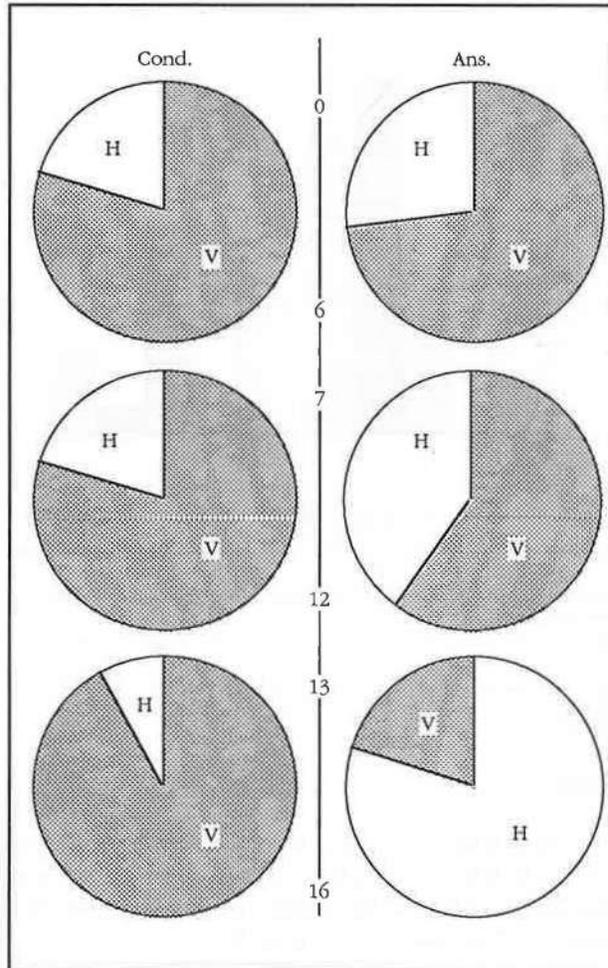


Figura 4. Reparto por sexo de los TC y TA, en función de la edad.

Analizando el tipo de patología existente, la EE y el TED se reparten proporciones similares a las anunciadas por el sexo (una hembra por cada dos varones, el DSM III-R similar). Los TA son levemente más frecuentes en las hembras (V: 45% - H: 55%), los DA excesivamente más frecuentes en varones (V: 94% - H: 6%), así como los TC (V: 80% - H: 20%).

Parece que tuviera algo de cierto aquello de que en las niñas existe un mayor número de problemas de carácter emocional y en los niños comportamental. Se observa asociación estadística entre sexo y patología ( $p = 0,01$ ) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar ( $\chi^2: 13,59$ , GL: 4, CC: 0,30).

Los TC y la hiperactividad están incluidos en el DSM

III-R, junto al negativismo, en los "Trastornos de conducta perturbadores", que originan síntomas conductuales socialmente molestos para los demás, en mayor medida que para sí mismos. Todos estos diagnósticos tienen mayor prevalencia en niños (TC: 4/1 - TDA: 6/1).

Los TA, o tienen una prevalencia similar por sexos o se inclinan hacia el lado de las hembras, manifestando rasgos de cualidad más interna, de experimentación de sensaciones, de estado de ánimo y con menos manifestaciones externas objetivables conductualmente.

En nuestro análisis se observa asociación estadística ( $p = 0,001$ ) entre sexo y manifestar problemas en la esfera conductual *versus* emocional.  $\chi^2: 12,66$ , GL: 1, CC: 0,40. A similares conclusiones han llegado Rutter (1970), Achenbach (1978), Behar (1977), Smith-Green (1975), Pedersen-Bell (1970), Serbin (1973), Wenry-Quay (1971), etc.

Análisis posteriores cruzaron en el cuadro de contingencia la variable sexo unido a tener más de 13 años con patología conductual y emocional, observándose significatividad  $p = 0,001$ ,  $\chi^2: 16,37$ , D: 3, CC: 0,62. La frecuencia observada es mayor significativamente que la esperada en varones y TC, y en hembras y TA.

La razón de prevalencia o prevalencia relativa para varones mayores de 13 años a la hora de poseer características de TC cuando acuden a la USM y con referencia a otros trastornos fue de "12" con  $\chi^2: 10,83$ , D: 1,  $p = 0,01$ , observándose mediante la ecuación de Miettinen al NC del 95% en el intervalo entre 7,4 y 19,2. El resultado del mismo valor y en idénticas circunstancias para hembras y TA de 3,6 con  $\chi^2: 5,94$  D: 1,  $p = 0,01$  (Miettinen nc 95%, intervalo 2,38 - 5,42).

### Edad

El análisis aislado por edades revela un perfil similar al de una curva normal, elevada en el centro y achatada en los extremos, entre los 0 y 16 años. Un buen número de trastornos no se manifiestan claramente hasta edades cercanas a los cinco años y, como dice Carey-Westnay, un buen porcentaje de los niños pequeños son con más frecuencia llevados al pediatra. Por otro lado, los adolescentes acuden con menos frecuencia, a pesar de ser una edad de cambio más proclive a trastornos mentales, debido al oposicionismo en búsqueda de ayuda y al peligro hipotético de ver deteriorada su imagen social, "yo no soy un loco".

Se tomó como criterio la división por edades que ofrece

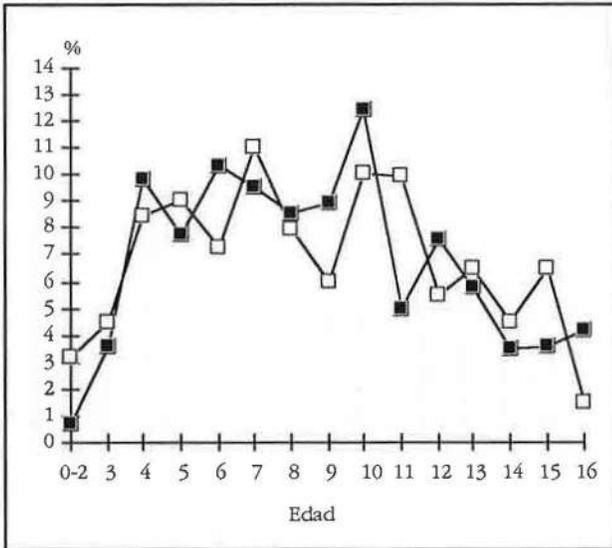


Figura 5. Distribución comparativa, en dos años consecutivos, de las personas que acuden a USM en función de la edad.

Piaget: 0-6 (período sensoriomotor-preoperatorio), 7-12 (operaciones concretas) y 13-Ad (operaciones formales).

El análisis observó un mayor predominio de población infanto-juvenil que acude a SM en el período de 7-12 años, con el 50% de los casos; cerca del 32% de 0-6 y el 18% de 13 años en adelante. La distribución por edad y sexo ofrece resultados similares.

Los índices de penetración fueron, en tantos por mil:

	Varones:	Hembras:
0-4 años	5,5‰	2,6‰
5-9 años	20,2‰	8‰
10-14 años	13,2‰	8‰

La edad de máxima penetración fue de cinco a nueve años de forma similar en la zona rural y urbana.

En la asociación edad-patología, observamos: de 0-6 años predomina EE (29%) y TED (43%); de 7-12 años predomina EE (40%) y TA (21%) y de 13 años-Ad, fuerte incremento de TA. Existe asociación estadística entre edad-patología ( $p=0,001$ ) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar.  $\chi^2: 35,03$ , GL: 8, CC: 0,41.

Además de los aspectos evidentes, como el predominio de EE y TED en las edades iniciales y con más frecuencia en varones, observamos el incremento de TA en edades más tardías (13-Ad) a costa de las hembras infanto-juveniles. Los TC (13-Ad) casi se observan exclusivamente en varones, pero no representan un incremento en frecuencia respecto a edades anteriores.

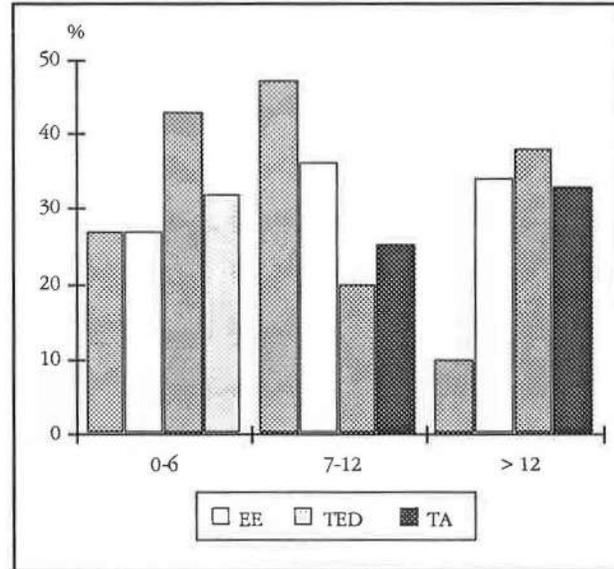


Figura 6. Patologías de máxima prevalencia en cada bloque de edades. Comparación dos años consecutivos (trama fina-gruesa).

### Procedencia

La mayor parte de la población que acude a consulta, tiene procedencia urbana (75%), fundamentalmente de los centros de PO, SJ y APS. La población rural, que representa el 25%, procede fundamentalmente de G. Estos cuatro centros de Salud, representan el 85% del total de demandantes de primera consulta infanto-juvenil en esta Unidad de Salud Mental.

El índice ND ha descendido de forma importante en la mayoría de los centros rurales y urbanos. El índice de penetración es del 8,59‰ en la zona urbana y del 2,2‰ en la rural, existiendo centros de salud urbanos con un 17,6‰ y un centro rural con un 6,62‰.

Diferencialmente, se observan menos TED procedentes de la zona rural y más TA (extendido de forma proporcional a la demanda existente, o la relación entre frecuencia observada y esperada).

No encontramos asociación estadística significativa procedencia-patología en esta muestra.

### Problemas escolares

Se definieron tres variables:

“PEE”: en esta variable se consideraron incluidos

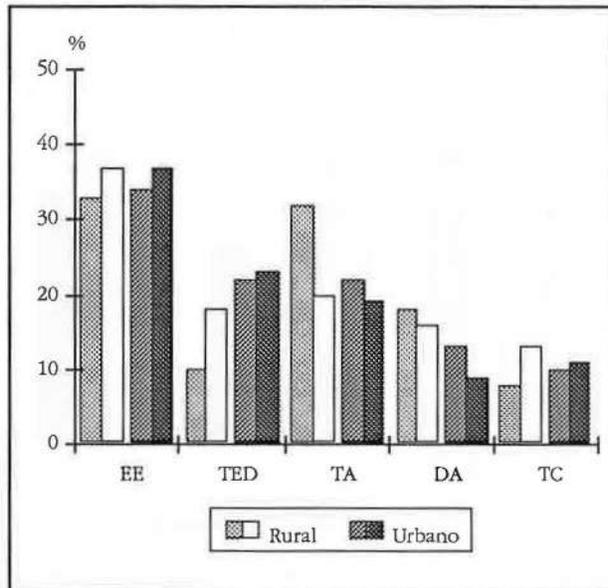


Figura 7. Distribución de patologías en función de la procedencia rural o urbana. Comparación dos años consecutivos.

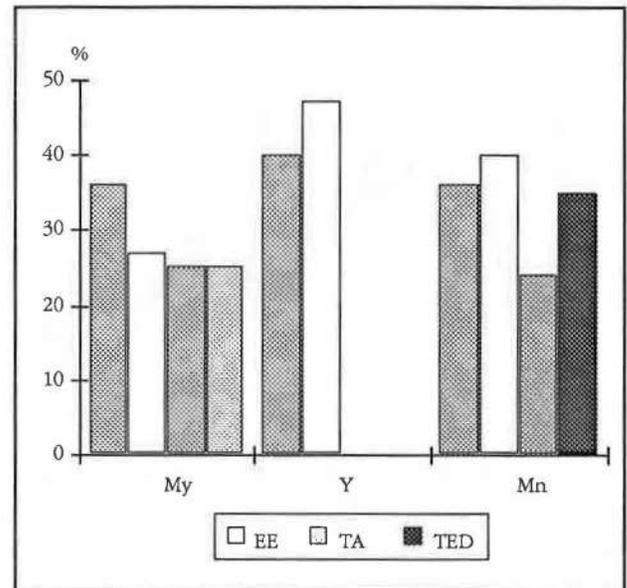


Figura 8. Diagnósticos de máxima prevalencia en nuestra USM, en función del lugar que el niño ocupa entre sus hermanos (Mayor - Intermedio - Menor).

aquellos niños que suspenden o se registra NM en un número superior o igual a cinco asignaturas.

"Repite": en esta categoría se incluye a aquellos niños que repiten curso y que pueden tener, o no, las características anteriores (es categoría prioritaria sobre PEE).

"No PEE": no problemas escolares de entidad.

El 65% de los niños que acuden a consulta pertenecen a la categoría No PEE, repartiéndose las otras dos categorías porcentajes similares.

Los TC y DA son más frecuentes entre aquellos que tienen PEE y R conjuntamente; según el DSM IIIr es frecuente la asociación DA, TC y TED con fracaso escolar.

Existe asociación estadística problemas escolares-patología ( $p=0,025$ ) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar ( $\chi^2: 19,07$ , GL:8, CC:0,32).

La relación en T. de conducta, hiperactividad y problemas escolares ha sido observada por Halverson-Waldrop (1976), Robins (1966, Rutter (1971), Sandberg (1980) y Love-Kawsan (1974).

### Antecedentes psiquiátricos

Durante el año 1988, nos encontramos que dos tercios de las personas que acuden a consulta tienen

antecedentes psiquiátricos y todos los trastornos prioritarios están relacionados en mayor medida con tener antecedentes psiquiátricos. Existe asociación estadística entre antecedentes psiquiátricos-patología ( $p=0,10$ ) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar ( $\chi^2: 7,81$ , GL: 4, CC: 0,24).

### Lugar que ocupa

Un 10% de la población infanto-juvenil son hijos únicos, el 29% son "mayores", el 22% ocupa lugares intermedios y un 39% son los menores de los hermanos. Los hermanos menores acuden con más frecuencia a esta consulta. En cuanto a la patología observamos que no existe un trastorno predominante en los hijos únicos; en los menores predominan los EE y TED, en los intermedios EE, y EE y TA en los mayores. La nota diferencial estaría en más TED en los menores y más TA en los mayores.

Existe asociación estadística "Lugar que ocupa" -patología ( $p=0,001$ ) y las diferencias obtenidas es improbable que sean por azar ( $\chi^2: 26,22$ , GL: 12, CC: 0,37).

Los hermanos mayores acuden menos a consulta de forma global si comparamos las familias con más de dos hermanos, lo que lógicamente da lugar a tener hermano

mayor-intermedio-menor. (M: 19%, I: 34%, Menor: 47%). Ello pudiera tener explicaciones diversas si bien es cierto que dada la alta frecuentación de EE y TED no resulta extraña la mayor presencia de hermanos menores. En los hermanos mayores son más frecuentes los TC y TA.

### Cultura de los padres

La mayoría de los padres de los niños que acuden a consulta poseen estudios primarios, 85,8% - 79,1%; el 2,2% - 14,5% poseen bachiller superior o más alto nivel y se reparten bajos porcentajes las categorías de "analfabetos" y "leer-escribir". La relación existente entre

cultura de los padres y tener algún tipo de sintomatología no ofrece datos de interés.

### Convivencia

El 90% de los niños analizados conviven con ambos padres, repartiéndose porcentajes similares al 4% aquellos niños que conviven con padres separados o viudos/as.

No existen diferencias significativas al relacionar las cinco patologías prevalentes, con las variables de convivencia; únicamente se observa que en la condición de padres separados existe una mayor proporción de antecedentes psiquiátricos con una muestra escasamente representativa.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Campbell S. Psicopatología del niño desde una perspectiva evolutiva. En: Ollendick TH. *Psicopatología Infantil*. Martínez Roca, 1986.
- 2 Miguel J. *Sociología de la medicina*. Barcelona, Vicens Vives, 1978.
- 3 INSALUD. *Unidades de Salud Mental. Normas de funcionamiento*.
- 4 DSM III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1983.
- 5 OMS. *Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño*. OMS. *Informes técnicos 613*. Ginebra, 1973.
- 6 Costa M, López E. *Salud comunitaria*. Martínez Roca, 1986.
- 7 Gilbert. *Estadística*. Interamericana, 1980.
- 8 Jenicek M. *Epidemiologie, principes, techniques, applications*. 21 ed. Edisem-Maloine, Quebec, 1982.
- 9 Miettinen OS. *Theoretical epidemiology. Principles of occurrence research in medicine*. Wiley, Nueva York, 1985.
- 10 Ministerio Navarro de Salud mental. Memoria, 1990.
- 11 Dirección regional de Salud Mental del Principado de Asturias. Memoria de 1986.
- 12 Publicaciones periódicas del INSALUD en Salud Mental, 1989.
- 13 *Bases para la reforma psiquiátrica en Andalucía*. Consejería de Salud y Consumo. IASAM. Informe técnico nº 2, 1986.
- 14 Rutter. *Education, health and behavior*. Londres. Longman, 1970.
- 15 Smith-Green. Aggressive behavior in English nurseries and play groups. *Child Development* 1975.
- 16 Wenry-Quay. *American Journal of Orthopsychiatry* 1971;41.
- 17 Carey Westman. *Individual differences in children*. Nueva York. Wiley, 1972.
- 18 Palacios J, Marchesi A, Carretero M. *Psicología evolutiva* nº 2. Alianza Universidad textos, 1984.
- 19 Sandberg ST. Hyperkinetic and conduct problem children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1975;45.
- 20 Love LR, Kaswan JW. *Troubled children their families, schools, and treatments*. Nueva York Wiley, 1974.