

# Resultados de un trabajo holandés sobre prevalencia en psiquiatría infanto-juvenil

Frank C. Verhulst

*Rotterdam*

## RESUMEN

Comunicamos un estudio de prevalencia realizado en Holanda de donde se extraen unas conclusiones en cuanto a la organización de la asistencia psiquiátrica infantil y la necesidad de prevención de las perturbaciones psiquiátricas.

**Palabras clave:** Epidemiología. Organización asistencial. Estudios de prevalencia.

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En 1985, año en que comenzamos nuestro estudio, no había en Holanda ningún dato sobre prevalencia en problemas conductuales infantiles; y debido también en que no disponíamos de ningún instrumento válido para cuantificar las manifestaciones psicopatológicas

cas en los niños, los principales objetivos de nuestro trabajo fueron los siguientes;

1. Proporcionar estimaciones de prevalencia para conductas específicas y problemáticas en una muestra de niños entre 4-16 años de edad de la población general de Holanda.
2. Proporcionar valoraciones de prevalencia para el conjunto de alteraciones psiquiátricas en niños entre 8 y 11 años.
3. Identificar las diferencias en las escalas de prevalencia referidas a las variables demográficas.

## DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

El muestreo fue efectuado entre febrero y mayo de 1985, en la provincia de Zuid-Holanda, sobre unos 3.10<sup>6</sup> personas, en ambientes desde el urbano hasta el rural. Haciendo uso de los registros municipales que listan a todos los residentes, 100 niños de cada sexo y de cada edad (total N= 2.600) fueron seleccionados al azar, incluyendo únicamente aquellos de nacionalidad holandesa. Dos de los municipios seleccionados declinaron su participación y otro solicitó primero permiso a los padres, cinco de los cuales no quisieron participar. Las cartas fueron enviadas a los restantes 2.517 niños describiendo el estudio.

Los padres fueron visitados a domicilio y se les pidió que completaran el CBCL (Child Behavior Checklist). El entrevistador respondió

---

Profesor y Director en Psiquiatría Infantil.  
Erasmus Univesity Rotterdam.  
Sophia Children's Hospital.  
Gordelweg 160, 3038 GE Rotterdam, The Netherlands.  
Phone: 10-465 65 66.

Trabajo presentado en las III Jornades Monogràfiques de EPIDEMIOLOGIA INFANTIL. Societat Catalana de Psiquiatria Infantil. 2 de junio de 1990.

Traducción: J.E. de La Fuente Molina.

objetivamente a las preguntas acerca del significado de los ítems pero no hizo interpretaciones ni trató de proporcionar información sobre lo que perseguía el CBCL. Los padres que no fueron encontrados después de tres visitas fueron telefonados. A los 71 padres que tampoco pudieron ser localizados por este método se les mandó un CBCL con instrucciones y el teléfono de un contacto que les proporcionaría ayuda con el CBCL si fuese necesario. (Verhulst y col. 1985a, dieron mayores detalles sobre los procedimientos de muestreo y recogida de datos).

Sobre los 2.447 padres o tutores preguntados, 2.076 (84,8%) proporcionaron datos útiles del CBCL. Para el presente estudio excluimos los datos de 43 niños (2,1%) que habían sido enviados a servicios de salud mental en los 12 meses precedentes, quedando un total de  $N = 2.033$ . Los encuestados fueron 89% mujeres, 9% hombres y 2% otros. El trasfondo étnico fue: 97% caucasianos, 2% de Surinam y 1% otros, aunque todos los niños eran de nacionalidad holandesa. El estatus socioeconómico (SES) fue distribuido sobre una escala de 6 puntos (Van Westerlaak y col. 1975), la media del SES de los padres en la muestra final sobre 2.033 casos fue de 3,6 puntos y el nivel más bajo de estatus hallado fue de 1,6 puntos; lo que significa un nivel ligeramente por encima de la media de 3,5 puntos.

## PLAN DEL ESTUDIO

El diseño del estudio fue según el tipo llamado de dos etapas, diseño multimetódico. En la primera, o fase de investigación, los padres de 2.076 niños completaron el cuestionario de conducta infantil CBCL (Achenbach and Edelbrock, 1985). El CBCL fue usado para asesorar sobre las competencias de los niños y sus problemas conductuales de una manera estandarizada (ver posteriormente). A los padres de los niños en edades entre 4-12 años se les pidió permiso para contactar con los maestros y pedirles que rellenaran el formato del Informe del Profesor TRF (Achenbach and

Edelbrock, 1986), un cuestionario análogo al CBCL.

En la segunda parte del estudio, seleccionamos niños entre 8 y 11 años situados en el campo de la desviación por los padres o por el profesor. Estos niños seleccionados fueron comparados con una muestra de igual magnitud (características similares) de chicos que pertenecían al grupo de los no-desviados. Tanto los niños seleccionados como sus padres fueron entrevistados por médicos entrevistadores estándares (ver Verhulst, Berden and Sanders-Woudstra, 1985b). Al mismo tiempo y para probar el poder discriminativo del CBCL entre los niños con y sin trastornos, nos hicimos con el CBCL rellenado por los padres de 1.387 niños con referencias, principalmente hospitalarias y de clínicas de salud mental.

## INSTRUMENTOS

El CBCL consiste en 20 ítems de competencia y 118 ítems concernientes a problemas conductuales-emocionales, que son de fácil uso para la mayoría de los padres. Las pruebas de competencia pertenecen a aspectos como el deporte, aficiones, organizaciones, trabajo, amistad, relaciones con los demás y funcionamiento escolar.

Los 118 ítems restantes describen un gran campo de trastornos, incluyendo diversidad de quejas somáticas sin causa médica conocida. Dos pruebas inicial-final piden a los padres que añadan otros problemas físicos o problemas extras no especificados en ningún lugar. Se pide a los padres que pongan un círculo según:

- 0: si la respuesta no es cierta sobre el niño
- 1: si el ítem es de algún modo o de vez en cuando cierto
- 2: si es muy cierto o a menudo.

El cómputo general se realiza sumando todos los 0, 1 y 2.

La buena fiabilidad y validez discriminativa establecidas por Achenbach y Edelbrock, (1983) para el CBCL americano fue corroborado utilizando la traducción holandesa (Ver-

hulst, Akkerhuis y Althaus, 1985a). Las asociaciones significativas de los resultados del CBCL con los juicios y diagnósticos de los médicos posteriormente, apoyaron la utilidad de este instrumento (Verhulst, Berden y Sawders-Woudstra, 1985b).

## RESULTADOS DE LA PRIMERA PARTE

Cada uno de los 118 ítems de problemas específicos contestados por los padres fue computado y transformado en cuatro cifras concordando las frecuencias a la edad y sexo (ver Verhulst, Akkerhuis y Althaus, 1985a). Los problemas más infrecuentemente mencionados por los padres (tasa de prevalencia de menos del 5%) fueron: encopresis después de los 7 años, autolesiones, comer o beber cosas que no son comestibles, compulsiones, manchas encoprélicas, gamberrismo antes de los 12 años, vandalismo, incontinencia vesical diurna. Ejemplos de problemas más frecuentes (tasa de prevalencia de más del 40%) fueron: hiperactividad, discusiones polémicas, llamadas de atención, irritabilidad, comportamiento inusual.

El resultado final, que es la suma de los 0, 1 y 2 para cada ítem, es una indicación del nivel de severidad de los problemas del niño: cuanto más alto es el marcador total de problemas, más problemas muestra el niño. El resultado final de los marcadores fue sólo ligeramente superior en niños que en niñas; esta diferencia, aunque estadísticamente significativa en un análisis de varianza, sólo significó el 1% de la varianza. Esta pequeña diferencia de sexos en los totales no explica las mayores tasas de chicos sobre chicas que son remitidos a centros de salud mental. Por lo tanto, decidimos mirar con mayor detenimiento las diferencias con el tipo de problemas que se atribuían a niños y niñas. Cada problema en el que nos encontrábamos con una diferencia significativa según los sexos, se dividía según si correspondía a una de las dos dimensiones empíricamente derivadas en psicopatología: exteriorización e interiorización.

Los problemas exteriorizados reflejan los

conflictos con otra gente y sus expectativas en los niños, mientras que la interiorización de los problemas refleja los problemas internos y la angustia. Aunque el resultado final fue en niños ligeramente superior que en niñas, la diferencia entre los sexos se agrandó respecto a la asociación de los problemas con el síndrome de exteriorización e interiorización. La mayoría de los problemas de mayor incidencia para niños que para niñas se trataban de tipo exteriorizado, mientras que los problemas de mayor incidencia en chicas fueron generalmente del tipo del síndrome interiorizador. El hecho de que los chicos puntuaron más alto en conducta, cosa generalmente rechazada por los adultos, puede explicar las más altas tasas de chicos enviados a servicios de salud mental, ya que es normal que sean los propios adultos de su ambiente (padres, maestros, etc) los que decidan si un niño necesita ayuda o no.

También apreciamos los efectos de la edad sobre la prevalencia de los problemas conductuales: el resultado final disminuyó ligeramente al aumentar la edad. Los niños pequeños puntuaron más alto en las llamadas de atención y las conductas violentas y dependientes. Cierta número de problemas como de pronunciación, encopresis y enuresis mostraron una disminución con la edad, reflejando su asociación con la maduración. Los niños mayores obtuvieron mayor puntuación en problemas relacionados con la escuela, y en problemas que reflejan sentimientos internos con incremento de la capacidad para reflexionar sobre su propio funcionamiento.

También investigamos el efecto del estatus socio-económico (SES), definido como el nivel ocupacional de los padres, sobre la prevalencia de los problemas conductuales. Cuanto menos SES de los padres más problemas conductuales mostraron sus hijos; además la mayoría de problemas influidos por el SES de los padres correspondían al síndrome de exteriorización.

Hay una ligera preponderancia de niños con padres de bajo SES que muestran conductas agresivo-violentas y otras conductas desaprobadas por la sociedad.

## LA UTILIDAD DEL CBCL

Un instrumento como el CBCL, que fue diseñado para cuantificar la psicopatología en niños, debería idealmente ser capaz de discriminar, o al menos separar, entre niños con trastornos y sin trastornos; sin embargo, no existe un criterio infalible o regla de oro para decidir si un niño muestra trastornos o no.

El criterio patológico más asequible contra el cual probar un instrumento como el CBCL es el estado referido del niño por los padres.

Usando ese estado referido como criterio patológico, probamos la capacidad del CBCL para identificar correctamente trastornos como casos trastorno, y los casos de no trastorno. El porcentaje de niños con trastornos identificado correctamente como tales (sensibilidad de la prueba) fue de 79,6, mientras que el porcentaje de niños normales identificados como tales (especificidad) fue del 81,5. El porcentaje total de no-identificado como trastorno fue del 18,9%. Comparado con otros instrumentos el CBCL puede ser considerado como un instrumento bastante preciso para identificar casos pero, sin embargo, queda también claro que el CBCL no puede, ni nunca se trató de hacer, reemplazar un diagnóstico clínico; el mérito de este cuestionario consiste en que puede cuantificar problemas conductuales de una manera válida, relacionando el nivel de estos problemas conductuales presentes en un niño determinado con los patrones de su edad y sexo.

**TABLA I**

**Los 10 problemas del CBCL más señalados por los padres respecto al estado de los niños**

1. Pobres relaciones con sus padres.
2. Triste o deprimido.
3. Nervioso, inquieto.
4. Reservado.
5. Obsesiones.
6. Llamadas de atención.
7. Sentimientos de persecución.
8. Ansioso o con tendencia al llanto.
9. Sentimiento de culpabilidad.
10. Pobre rendimiento escolar.

Comparando las muestras atribuidas y no-atribuidas, investigamos la asociación de cada uno de los 118 ítems de problemas con el estado del niño referido por los padres en los análisis de la varianza (para detalles, ver Verhulst 1985a); de esta manera pudimos seleccionar aquellos ítems que fueran los mayores indicadores de presencia de psicopatología. La Tabla I muestra los 10 ítems que presentaban la mayor diferencia en puntuaciones entre las muestras con trastornos y las no-trastornos según los padres.

## RESULTADOS DE LA SEGUNDA PARTE

En la segunda parte, más orientada clínicamente, entrevistamos intensamente a 116 niños entre 8 y 11 años, que habían sido seleccionados según las puntuaciones del CBCL y el TRF. La mitad de los niños habían obtenido puntuaciones dentro del campo de la desviación en alguno de los dos cuestionarios, mientras que la otra mitad habían sido considerados normales.

Los entrevistadores de los niños fueron dirigidos por psiquiatras infantiles, mientras que los entrevistadores de los padres fueron guiados por asistentes de investigación bien entrenados. Para las entrevistas de los niños hicimos servir el «Esquema de Asesoramiento Infantil» (Hodges y col. 1982; Verhulst, Althaus y Berden, 1987), y para los padres la de Graham y Rutter (1968) «Entrevista de padres», ambos semiestandarizados. Toda información obtenida de las entrevistas fue juzgada en conjunto e independiente, por tres psiquiatras infantiles. El nivel de funcionamiento en conjunto de los niños se expresó en una escala sobre 5 puntos, del 0 al 4, indicando el 4 un trastorno severo y el 0 que el niño funcionaba bien. Cuando un niño fue catalogado con un 4 o con un 3 (tr. moderado) se le aplicó un diagnóstico según el DSM-III (APA 1980).

A partir de estos porcentajes fue posible apreciar el conjunto de toda la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general de 8 a 11 años. Encontramos unos porcen-

tajes de prevalencia para trastornos severos del 7%, y del 26% para trastornos moderados. Sólo el 2% de los niños de la muestra recibieron ayuda en centros de salud mental. El número de niños investigados en la segunda parte del estudio fue demasiado pequeño para apreciar porcentajes de prevalencia para los diagnósticos específicos del DSM-III. Los diagnósticos más frecuentes en nuestro estudio fueron: Trastorno por déficit de atención, Trastorno por ansiedad, Trastorno depresivo y Oposicionales.

También nos fijamos entre la asociación de perturbación psiquiátrica y cierto número de variables familiares y ambientales. Se asociaron las siguientes variables: conflictos diarios con la madre, padres con poca capacidad empática, madre hostil, pobreza en la relación matrimonial, estrés crónico en la familia y madre con problemas psiquiátricos. Debe ser remarcado que el diseño transversal del estudio para el presente trabajo no nos permite sacar conclusiones sobre la dirección de las cadenas causales; por ej, una madre depresiva puede interactuar con su hijo de manera deprimente para el sano desarrollo del niño, pero lo contrario también puede ser cierto, pues tener un niño con trastornos puede ser tal carga para una madre que esto le haga sentirse deprimida.

## CONCLUSIÓN Y POSTERIOR INVESTIGACIÓN

En este trabajo hemos remarcado la importancia de los datos epidemiológicos sobre las condiciones psiquiátricas infantiles para la planificación de los servicios de salud mental infantil en una área específica del país. Con tal de obtener estimaciones sobre los trastornos psiquiátricos infantiles es importante usar procedimientos estandarizados tanto para el asesoramiento como para la taxonomía. El trabajo epidemiológico holandés es un ejemplo de estudio transversal mediante el uso de procedimientos de asesoramiento estandarizado. La recogida de datos se hizo entre 1983-84 y los resultados fueron publicados en 1985. Des-

de entonces los resultados de nuestro trabajo han sido utilizados en Holanda por psiquiatras infantiles así como por los políticos para remarcar la necesidad de mayor atención al cuidado profesional de la salud mental en niños y adolescentes.

Desde la conclusión del estudio lo hemos podido desarrollar sobre nuestros primeros hallazgos y en cierto número de nuevas actividades de investigación. Primero, llevamos a cabo comparaciones trans-culturales entre los resultados obtenidos de los estudios de prevalencia tanto en Holanda como en América con los mismos instrumentos, el CBCL y el TRF. Los resultados de estas comparaciones trans-culturales revelaron chocantes similitudes. Comparaciones similares de resultados en otros países, como España, con los resultados obtenidos de los EEUU y Holanda se pueden generalizar los hallazgos a través de diferentes estudios.

Debido a que en el campo de la psicopatología infantil hay relativamente pocos investigadores en todos los países, y a que los factores culturales pueden afectar los hallazgos, la colaboración multinacional es esencial para la progresión de nuestro conocimiento en psicopatología infantil.

## Bibliografía

- ACHENBACH, TM y EDELBROCK, CS.: Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont, 1983.
- ACHENBACH, TM y EDELBROCK, CS.: Manual for the Teacher Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont, 1986.
- ACHENBACH, TM, MCCONAUGHY, SH, HOWELL, CT.: Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin* 101: 213-332, 1987.
- ANDERSON, J.C., WILLIAMS, S., MCGEE, R. y SILVA, P.A.: DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population *Arch. Gen. Psychiatry*, 44: 69-76, 1987.
- BIRD, H.R., CANINO, G., RUBIO-STIPEC, M. et al.: Estimates of the prevalence of childhood maladjustment

- in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 1.120-1.126, 1988.
- COHEN, P., VELEZ, N., KOHN, M., SCHWAB-STONE, M., JOHNSON, J.: Childpsychiatric diagnosis by computer algorithm: theoretical issues and empirical tests. *J. Am. Acad. Child/Adolesc. Psychiatry*, 26: 631-638, 1987.
- GRAHAM, P. y RUTTER, M.: The reliability and validity of psychiatric assessment of the child: II. interview with the parent. *Br. J. Psychiatry*, 114: 581-592, 1968.
- HODGES, K., MCKNEW, D., CYTRYN, L., STERN, L. y KLINE, J.: The Child Assessment Schedule: parent-child agreement and validity measures. *J. American Academy of Child Psychiatry*, 21: 468-473, 1982.
- KASHANI, J.H., BECK, N.C., HOEPER, E.W., et al.: Psychiatric disorder in a community sample of adolescents. *Am. J. Psychiatry*, 144: 584-589, 1987.
- LAPOUSE, R., MONK, M.A.: An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *Am. J. Public Health*, 48: 1.134-1.144, 1958.
- LILJENFELD, M., LILJENFELD, D.E.: *Foundations of Epidemiology*, New York: Oxford University Press, 1980.
- OFFORD, D.R., BOYLE, M.H., SZATMARI, P. et al.: Ontario Child Health Study; II Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44: 832-836, 1987.
- VAN WESTERLAAK, J.M., KROPMAN, J.A. y COLLARIS, J.W.M.: *Beroepenklapper*. Nijmegen, Holland: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975.
- VERHULST, F.C., AKKERHUIS, G.W., ALTHAUS, M.: Mental health in Dutch children: I a cross cultural comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 323, 72, 1985a.
- VERHULST, F.C., BERDEN, G.F.M.G. y SANDERS-WOUDSTRA, J.A.R.: Mental health in Dutch children: II the prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr. Scand.*, Suppl. 324, 72, 1985b.
- VERHULST, F.C., ALTHAUS, M., BERDEN, G.F.M.G.: The Child Assessment Schedule (CAS): Parent-child agreement and validity measures. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 28: 455-466, 1987.
- VIKAN, A.: Psychiatric Epidemiology in a sample of 1510 ten-year-old children, I. *J. Child Psychology Psychiatry*, 26: 55-75, 1985.