



TESIS DOCTORAL

**DOCTORADO EN PSICOPATOLOGÍA, SALUD Y NEUROPSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, CLÍNICA Y PSICOBIOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DETECTADOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Estudio epidemiológico en población pediátrica de
la Comunidad Valenciana**

Eva María Legaz Sánchez

Dirigida por Rafael Ballester Arnal

Mayo de 2013

Agradecimientos

A IBM por haber diseñado el paquete estadístico SPSS. Gran invento. Al equipo de administración de la UJI: profesional, afable, único. A los pediatras integrantes de la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana, por su inestimable trabajo de campo. A Aurora López Maside y a Maite Miralles Espí, por iniciarme en el camino de la epidemiología.

A Gloria Ferrís Malonda, por su aceptación y apoyo incondicional y por enseñarme la cultura de la promoción de la salud. Al Doctor Luis Rojo Moreno, por enseñarme que psiquiatras y psicólogos podemos formar un equipo fantástico.

A Herminio, compañero anarquista de mi vida.

ÍNDICE

ÍNDICE

	Página
<i>Presentación</i>	13
MARCO TEÓRICO	19
CAPÍTULO I. PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES GENERALES	21
Introducción	23
1.1. La psicopatología del desarrollo	23
1.2. Factores de riesgo y factores de protección	29
1.2.1. Depresión materna y psicopatología parental	30
1.2.2. Maltrato infantil	32
1.2.3. La familia	32
1.2.4. El apego	33
1.2.5. Biomarcadores	34
1.2.6. Género y edad	34
1.2.7. Temperamento, autoestima y estilo cognitivo	35
1.2.8. Alteraciones del sueño como factor transversal	36
1.2.9. Nivel económico de la familia	36

1.3. Taxonomías empíricas vs. categoriales	37
1.4. Comorbilidad	39
1.4.1. Comorbilidad de problemas internalizantes y externalizantes	40
1.4.2. Comorbilidad homotípica y heterotípica en taxonomía categorial	41
1.4.2.1. Ansiedad y Depresión	41
1.4.2.2. Trastorno de Conducta y Depresión	42
1.4.2.3. Autismo y comorbilidad	42
1.4.2.4. TDAH y comorbilidad	43

CAPÍTULO II. SALUD PÚBLICA, EPIDEMIOLOGÍA Y RED CENTINELA SANITARIA: CONCEPTOS GENERALES	45
2.1. Salud Pública y Epidemiología	47
2.2. Sistemas de vigilancia en salud pública	50
2.3. Vigilancia epidemiológica y atención primaria: redes centinela sanitarias	51
2.4. La Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana	52

CAPÍTULO III. EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: MARCO TEÓRICO	57
3.1. De la psicopatología del desarrollo a la epidemiología del desarrollo	59
3.2. Determinación de necesidades en salud, la carga de enfermedad	59
3.3. Definición de caso: ¿quién le puso el cascabel al gato?	61
3.4. El Modelo de Goldberg y Huxley	61
3.4.1. Primer Filtro: la decisión de consultar	65
3.4.2. Segundo Filtro: detección del problema en Atención Primaria	68
3.4.3. Tercer Filtro: la derivación a Salud Mental	70
3.4.4. ¿Y qué hacer con los Filtros?	71
3.5. Incremento de la prevalencia: ¿realidad o ficción?	72

CAPÍTULO IV. EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL: ESTUDIOS GENERALES Y ESPECÍFICOS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA	77
4.1. Los estudios pioneros	79
4.2. La psicopatología se hace visible	81
4.3. Los primeros estudios globales	82
4.4. Estudios de epidemiología de la salud mental de la infancia y adolescencia	84
4.4.1. Datos mundiales	84
4.4.2. Muestras comunitarias. Encuestas de Salud	86
4.4.3. Estudios locales de prevalencia	88
4.4.4. Estudios con muestras de Atención Primaria	89
4.4.5. Estudios con muestras clínicas	91
4.4.6. Estudios sobre trastornos específicos	92
4.4.6.1. Estudios sobre TDAH	93
4.4.6.2. Estudios sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria	93
ESTUDIO EMPÍRICO	95
CAPÍTULO V. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	97
5.1. Objetivos	99
5.2. Hipótesis	100
CAPÍTULO VI. MÉTODO	101
6.1. Participantes	103
6.2. Instrumento de evaluación	109
6.3. Procedimiento	113
6.3.1. Fuente de datos	113

6.3.2. Definición de caso	113
6.4. Análisis estadísticos	114
6.4.1. Estudios transversales, prevalencia y odds-ratio	116
6.4.2. Procedimiento seguido para el análisis de regresión logística	119
CAPÍTULO VII. RESULTADOS	125
7.1. Problemas de salud mental (PSM)	127
7.1.1. PSM en función del sexo	128
7.1.2. PSM por intervalos de edad	131
7.1.3. PSM en niños, por intervalos de edad	135
7.1.4. PSM en niñas, por intervalos de edad	138
7.1.5. PSM en el intervalo de edad 3-6 años	140
7.1.6. PSM en el intervalo de edad 7-10 años	143
7.1.7. PSM en el intervalo de edad de 11-14 años	145
7.2. Prevalencia de Problemas de Salud Mental	148
7.3. Ámbitos de impacto	157
7.4. Factores de riesgo	163
7.5. Actitud terapéutica	169
7.6. Predictores de los Problemas de Salud Mental.....	177
7.6.1. Encopresis	178
7.6.2. Enuresis nocturna	179
7.6.3. Alteraciones de la eliminación	180
7.6.4. Problemas de sueño	182
7.6.5. Fobias	183
7.6.6. Estereotipias	184
7.6.7. Tartamudez, timidez, mutismo	186
7.6.8. Hiperactividad	187
7.6.9. Anorexia	188
7.6.10. Bulimia	188

7.6.11. Trastornos de la conducta alimentaria	189
7.6.12. Psicosis	191
7.6.13. Agresiones a personas o animales	191
7.6.14. Destrucción de la propiedad	193
7.6.15. Engaño o robo	195
7.6.16. Violación grave de reglas	196
7.6.17. Conducta antisocial	197
7.6.18. Abuso de drogas	199
7.6.19. Comportamiento suicida	199
7.7. Predicción de los casos derivados a partir de los PSM	200
7.7.1. Derivación vs. no derivación	201
7.7.2. Derivación a neuropsiquiatría	202
7.7.3. Derivación a salud mental	204
7.8. Comorbilidad	205
CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y CONCLUSIONES	210
8.1. Discusión	212
8.2. Limitaciones	219
8.3. Conclusiones	220
BIBLIOGRAFÍA	223

Presentación

Presentación

El número de niños y adolescentes con problemas de salud mental, referidos en los estudios epidemiológicos, puede considerarse una medida aproximada de cuál es la necesidad de servicios sanitarios al respecto. Determinar la magnitud, características y determinantes de los problemas de salud mental de nuestra infancia y adolescencia tiene, en consecuencia, una repercusión directa en el número y tipo de servicios de salud mental que deberían ofrecer las instituciones públicas implicadas dentro de sus respectivas carteras de servicios.

En esta tesis nos proponemos investigar cuáles son las necesidades epidemiológicas detectadas en Atención Primaria, en materia de salud mental, en la infancia y la adolescencia de la Comunidad Valenciana y qué consecuencias para la salud pública pueden tener, con la esperanza de que estas necesidades cuenten con la respuesta requerida. Concretamente, la tesis tiene por objeto de estudio la salud mental de la población atendida en las consultas de pediatría, lo que en nuestro país se traduce en una edad inferior a 15 años. Enmarcada dentro de un contexto de Salud Pública y Epidemiología, se sirve para la obtención de la información de la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana (en adelante RCSCV), sistema de vigilancia epidemiológica y de salud pública.

El trabajo presentado consta de dos grandes partes. En primer lugar, el Marco Teórico comienza con un Primer Capítulo dedicado a la Psicopatología de la Infancia y

Adolescencia, donde se exponen los conceptos fundamentales del paradigma del que se parte, la Psicopatología del Desarrollo. En este capítulo, se describen los últimos hallazgos acerca de la continuidad de la psicopatología de la infancia y la adolescencia en la edad adulta y se realiza una actualización acerca de los factores que inciden en la aparición y frecuencia de la psicopatología en población pediátrica. Este capítulo finaliza con un somero abordaje de las dos principales taxonomías en la materia, categorial *versus* empírica, junto con un apartado específico dedicado al fenómeno de la comorbilidad.

En el Segundo Capítulo se presentan los conceptos fundamentales acerca de la Salud Pública y la Epidemiología y sus principales procedimientos para la vigilancia de los problemas de salud para, finalmente, dedicar una especial mención a las redes centinelas, en general, y a la RCSCV, en particular.

En el Tercer Capítulo, se abordan las tareas específicas de la epidemiología de la salud mental de la infancia y adolescencia y se expone el modelo teórico epidemiológico para su mejor comprensión, concretamente el modelo de Goldberg y Huxley, adaptado a la psicopatología de la infancia y adolescencia. Finalmente, se exponen las recientes controversias acerca del incremento de la prevalencia de trastornos mentales de la infancia y adolescencia.

Para finalizar el Marco Teórico, en el Cuarto Capítulo se realiza una actualización sobre los estudios de epidemiología en la materia que nos ocupa: desde los estudios pioneros de Lapouse o la Isla de Wight, pasando por los estudios globales de la O.M.S., hasta llegar a los últimos estudios publicados tanto internacionalmente como en nuestro país.

En la segunda parte, se aborda el Estudio Empírico llevado a cabo. Durante 2009, la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana recogió determinados problemas de salud mental en las consultas de pediatría de atención primaria, lo que constituye el objeto del estudio empírico.

En el Capítulo Quinto se exponen los objetivos y las hipótesis planteadas. El Capítulo Sexto recoge la metodología seguida, donde se describe a los participantes del estudio, el instrumento de evaluación, el procedimiento habilitado para la recogida de información y, por último, los análisis estadísticos empleados, con una mención específica al análisis epidemiológico de la prevalencia.

Los Resultados constituyen el séptimo y más extenso capítulo. Comenzando por un análisis descriptivo de los problemas de salud mental detectados, sus áreas de impacto, principales factores de riesgo y la actitud terapéutica elegida para cada caso por el facultativo, y siguiendo con las prevalencias halladas. En segundo lugar, se desarrolla un análisis multivariante de dos conjuntos de datos: en primer lugar, la regresión logística entre los problemas de salud mental y los factores de riesgo y, en segundo lugar, la derivación o no derivación de los casos y las instancias a las que se derivan en función de los problemas de salud mental detectados. Finalmente, se exponen los principales resultados en materia de comorbilidad, combinando un análisis descriptivo con uno multivariante.

Esta tesis doctoral finaliza con un capítulo dedicado a la Discusión de los resultados obtenidos, las principales Limitaciones encontradas en su desarrollo y las Conclusiones del trabajo en su conjunto.

En definitiva, con esta tesis pretendemos arrojar luz acerca de las necesidades de salud mental de los niños y adolescentes de nuestro entorno, dentro de la complejidad que encierran los estudios epidemiológicos en estas edades.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I. PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: CONSIDERACIONES GENERALES

INTRODUCCIÓN

Al comienzo de esta tesis exponemos el modelo teórico del que partimos para comprender la génesis y desarrollo de la psicopatología de la infancia y adolescencia, modelo que va a tener su continuidad en la investigación epidemiológica que presentamos y, en definitiva, en el origen de nuestras preguntas de investigación.

Por ello, consideramos relevante realizar un encuadre teórico, donde expondremos, en primer lugar, los conceptos fundamentales de la denominada Psicopatología del Desarrollo y la investigación más reciente sobre la continuidad de la psicopatología a lo largo del ciclo vital, así como sobre los principales factores de riesgo y de protección. En segundo lugar, señalaremos las principales aproximaciones taxonómicas al respecto, categoriales *versus* empíricas y, finalmente, dedicaremos un apartado específico al fenómeno de la comorbilidad.

1.1. LA PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

Al proponernos investigar en el campo de la psicopatología, rápidamente encontramos multitud de referencias a la edad de comienzo de la misma. Todos los estudios al respecto concluyen que la mayoría de los trastornos mentales tienen su comienzo en la infancia y la adolescencia, motivo por el cual Rutter (2011, pp.649) afirma con rotundidad “por lo tanto, lo que hay que hacer es conocer las diferencias manifiestas de los trastornos a lo largo del ciclo vital del ser humano”. De esta manera, aparece una perspectiva de ciclo vital que desmonta la idea de una psicopatología separada por intervalos etáreos (infancia y adolescencia vs. adultos); esta perspectiva es la denominada Psicopatología del Desarrollo que tiene su continuidad en una

Epidemiología del Desarrollo. Seguidamente expondremos los conceptos principales en los que se basa.

Definición y objeto de estudio

La psicopatología del desarrollo fue definida por Sroufe y Rutter (1984) como “el estudio de los orígenes y el curso de los patrones individuales de desadaptación conductual, cualquiera que sea el comienzo, las causas o transformaciones de su manifestación en la conducta, y cualquiera que sea el curso del patrón evolutivo”.

Su objeto consiste en determinar qué procesos del desarrollo humano están a la base del mismo y cómo se produce la integración de los sistemas biológico, psicológico y social, lo cual permitiría explicar tanto la conducta adaptada como la desadaptada, la salud y la enfermedad (Rutter, 2000). El análisis, indudablemente holístico, está basado en la epistemología derivada de la Teoría de Sistemas y, por tanto, no se presta a indagar sobre componentes aislados, sino sobre las cualidades de las relaciones y la organización de los sistemas mencionados (bio-psico-social). Del resultado de una organización óptima obtendremos la adaptación, de la desorganización obtendremos la vulnerabilidad. Pero la ecuación que obtiene la normalidad y anormalidad ya nunca será fruto de un análisis lineal, no existe un único camino, como tampoco una única línea para trazarlo.

Tareas por etapas no determinantes y epigénesis probabilística

Otro de los postulados básicos es que, en cada etapa del ciclo vital existen unas tareas por resolver que conforman un saber acumulativo (Cicchetti y Rogosch, 2002). En algunas etapas, en algunos individuos, pueden quedar determinadas lagunas, porque no se resolvieron adaptativamente todas las tareas, hubo *deberes que quedaron por*

hacer y que impedirán resolver, con bastante probabilidad, nuevos problemas en etapas futuras.

Ahora bien, si se logran resolver las tareas de cada etapa existe una mayor probabilidad de adaptación con éxito en la siguiente, pero desde la psicopatología del desarrollo se insiste en que sólo existe una mayor probabilidad, lo cual abre permanentemente una ventana a la posibilidad de cambio, y en consecuencia, a la incertidumbre producida por otras variables que, al aparecer, formarán parte de la nueva ecuación por resolver. Y éste es el permanente carácter dinámico del desarrollo humano.

Al igual que la Teoría Cinética en Física postula que toda partícula del Universo está en constante movimiento, bebiendo, a su vez, de las mismas fuentes epistemológicas (Teoría General de Sistemas), el desarrollo humano evoluciona constantemente precisamente porque nada permanece. Nada es seguro, tan sólo existen probabilidades de éxito o de fracaso. Este concepto es el denominado por Rutter (1992) 'epigénesis probabilística'.

Por otro lado, el ser humano es concebido como agente activo para su desarrollo, de modo que, aunque los factores más distales en la historia personal o las influencias del momento presente sean importantes para el proceso del desarrollo, se cree que las elecciones que hace la persona y la auto-organización ejercen una influencia crítica creciente en su desarrollo (Lemos, 2003).

La delgada línea del equilibrio

Desde la psicopatología del desarrollo, la perspectiva no incide sobre lo que no funciona, no al menos de manera exclusiva. El análisis incluye tanto el estudio de las características que suponen una predisposición a presentar trastornos, o vulnerabilidad (que puede tener tanto una base genética, como biológica –alteraciones

tempranas o daño sobrevenido en el SNC-) y los factores de riesgo ambientales, como los mecanismos de compensación (tanto factores protectores contextuales como individuales -capacidad de resiliencia-) y, finalmente, las transacciones dinámicas que se producen entre ellos (Cicchetti, 2006). Los factores de compensación incluyen, entre otras características, los cuidados estables recibidos por el niño, su capacidad para la resolución de problemas, el atractivo que pueda suscitar entre sus compañeros y los adultos, la competencia manifiesta y el sentido de auto-eficacia percibida, la identificación con modelos que desempeñan roles de competencia o la planificación y aspiraciones (Lemos 2003). Son, por tanto, mecanismos que pertenecen tanto a la esfera individual como al contexto familiar y social del individuo: los factores de riesgo frente a los de compensación conforman la esfera ambiental y los mecanismos de vulnerabilidad y factores de protección la esfera individual.

Todo ello queda inmerso en un contexto cultural que, inevitablemente, influirá en la resolución de las tareas así como en la expresión de la propia psicopatología. Así, una sociedad tolerante con los comportamientos agresivos o individualistas, promoverá una baja tasa de alteraciones conductuales: en la medida que determinados niveles de agresividad son considerados como 'lo normal en los niños', no se percibe ningún problema, a pesar de que sí que exista. O bien, una sociedad donde el ideal de delgadez se impone, promoverá la alteración de la imagen corporal de sus adolescentes, incrementando las tasas de anorexia y bulimia. Por el contrario, una sociedad donde la expresión emocional positiva y negativa de la infancia y adolescencia es aceptada, permitirá que afloren con fluidez problemas internalizantes que serán reconocidos por el entorno, un entorno que valida su existencia.

Rutter (1992) definió los puntos de inflexión en la historia personal, como marcadores capaces de alterar la dirección de las trayectorias evolutivas. Este concepto alude a aquellos momentos individualizados para cada ser humano, en el que se producen cambios significativos en el equilibrio entre los procesos de riesgo y de compensación producto de la manera individual de responder ante el estrés, en un determinado momento. Quizás aquí resida el secreto y la garantía de las diferencias individuales incluso a la hora de enfermar.

Equifinalidad, multifinalidad e interacción

En el desarrollo de un trastorno intervienen, de forma sinérgica, los factores de vulnerabilidad del individuo junto con los mecanismos de compensación. Pero ante la misma situación de partida puede haber diversos finales y sólo en alguno de ellos la psicopatología estará presente, es decir, ante condiciones iniciales similares pueden dar lugar a resultados diferentes (multifinalidad). Y, en sentido inverso, partiendo de diferentes mecanismos de compensación y de vulnerabilidad se puede llegar al mismo tipo de trastorno, a la misma psicopatología (equifinalidad). Lo cual cuestiona el camino de la etiopatogenia y elimina el determinismo.

Estos conceptos tienen una influencia clave en la investigación epidemiológica de los trastornos mentales, ya que más allá de la identificación de procesos únicos responsables de la psicopatología, se pone el acento sobre las interacciones surgidas entre la vulnerabilidad del niño o adolescente y sus propios mecanismos de protección, entre factores ambientales de riesgo y aquellos promotores de fuerzas de compensación, y todo ello, incorporando el conocimiento disponible acerca de los cambios evolutivos por los que atraviesa el individuo debido a su edad.

En el torrente de conocimiento acerca de dichos cambios evolutivos no podemos dejar de mencionar los cambios neurobiológicos que acontecen en dichas etapas, tal y como ilustran Giedd, Keshavan y Paus, en su revisión de 2008, demostrando cómo ese cerebro a medio 'hornear' es fuente de vulnerabilidad y responsable del particular incremento de conductas de riesgo en la adolescencia.

La continuidad de la psicopatología: hallazgo o tragedia

Al comienzo de este apartado señalábamos cómo los hallazgos en cuanto a la continuidad de la psicopatología de la infancia y adolescencia en el mundo del adulto habían llevado a la generación de una nueva perspectiva psicopatológica. Por ese

motivo no quisiéramos acabar este capítulo sin mencionar algunos de los más relevantes que nos ilustran al respecto.

Referencia obligada es el estudio de Rutter, Kim-Cohen y Maughan (2006), dedicado específicamente a la investigación sobre el tema. Como hallazgo destacable figura que el 70% de los adultos de la muestra, que presentaron un diagnóstico de depresión mayor con criterios DSM-IV, recibieron un diagnóstico inicial antes de los 18 años. Por este motivo, el estudio aboga por una investigación básica en adolescencia, especialmente en bases neurobiológicas, genéticas y de procesamiento cognitivo, debido a los pródromos de psicosis, de depresión de mujeres y de trastorno disocial en hombres, que se inician especialmente en la adolescencia.

En otro ámbito cultural diferente, Pihlakoski et al. (2006) realizaron un estudio longitudinal de una cohorte de niños y niñas fineses, realizando una evaluación a los 3 años y a los 12 años de edad. Encontraron que, al menos, el 30% de los niños y niñas que a los tres años de edad presentaban un problema de salud mental, también lo presentaban a los 12 años.

En cuanto a espectros específicos de psicopatología, Fichter et al. (2009) encuentran que la fatiga y los problemas de sueño en la infancia y adolescencia pueden ser tempranos factores de riesgo de depresión en la edad adulta, al igual que los síntomas depresivos en la infancia son predictores de depresión adulta, mientras que las fobias infantiles predicen trastornos de ansiedad posteriores. Y, quizás lo más importante, es que la precocidad en la presentación de psicopatología constituye un riesgo de cronicidad y de persistencia a lo largo de la vida adulta.

Por su parte, destacamos el estudio longitudinal de base poblacional, aleatorizado, de Reef, van Meurs, Verhulst y van der Ende (2010), quienes encontraron que los niños cuya psicopatología fue de corte ansiosa, o participaron del trastorno oposicionista desafiante o trastorno de conducta, tuvieron un riesgo elevado de presentar psicopatología al llegar a la vida adulta.

Las líneas de investigación sobre la depresión se multiplican, al tiempo que se hacen públicos los datos de la O.M.S. sobre la proyección en 2030 de la depresión como la enfermedad mundial con mayor prevalencia (WHO, 2008b). Así encontramos, en primer lugar, el trabajo de Copeland, Shanahan, Costello y Angold (2009), en el que se demostró la continuidad de la depresión desde la adolescencia y en la vida adulta. Por ello, entre sus principales conclusiones figura la necesidad esencial de desarrollar programas de prevención al respecto. En segundo lugar, Rohde, Lewinsohn, Klein, Seeley y Gau (2012), realizan un estudio específico sobre la depresión a lo largo de todo el ciclo vital encontrando que el género tiene un riesgo específico en razón de 2.5/1, mujeres vs. hombres, siendo esta diferencia emergente en la adolescencia y persistente en la edad adulta.

Y en nuestra Comunidad Autónoma encontramos el estudio firmado por el equipo liderado por Isabel Bofill (2010). En él se concluye que el inicio temprano de un trastorno psicopatológico en el niño determina problemas en múltiples dominios, y predice su persistencia y la aparición de más psicopatología en la edad adulta.

Nosotros nos interrogamos acerca de si esta continuidad tendrá que ver también con la ineficacia de los tratamientos, de los profesionales que los implementan o de los sistemas sanitarios que los sustentan, variables todas ellas ausentes en los estudios referidos.

1.2. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

A pesar de que el foco de interés desde la psicopatología del desarrollo se centra en la interacción de los procesos que a cada individuo le conducen a la enfermedad mental, el grueso de la investigación epidemiológica acerca de la etiología de las enfermedades mentales continúa centrada en la búsqueda dialéctica de factores de riesgo y factores de protección, quedando todavía en pañales una perspectiva interaccionista, donde la relación entre todas las fuentes de variabilidad (positivas y negativas, biológicas,

psicológicas y socio-ambientales y relacionales) sean tomadas en consideración dentro de un sistema de análisis integrado.

Así tenemos que la Organización Mundial de la Salud, en su documento *Child and adolescent mental health policies and plans* (2005), destaca los factores de riesgo y factores protectores más documentados hasta entonces (Cuadro 1). A continuación abordaremos algunos de ellos en orden a su importancia y recientes hallazgos publicados.

1.2.1. Depresión materna y psicopatología parental.

Posiblemente la depresión materna sea el factor más estudiado, y que más evidencias ha obtenido, como precursor de psicopatología. En un reciente metanálisis, Robert Goodman et al. (2011) revisan todos los estudios al respecto en la última década, encontrando que existe una fuerte asociación entre la depresión materna y los problemas de comportamiento o emocionales en los hijos; la depresión materna se asocia con altos niveles de problemas internalizantes, externalizantes y de psicopatología, en general.

Por otro lado, la psicopatología en los padres, más allá de la especificidad de la depresión materna, otorga un grado de riesgo elevado de deterioro para la salud mental de los hijos. Así lo exponen McLaughlin et al. (2012), en un estudio auspiciado por la OMS, con un ámbito territorial a lo largo de más de 20 países de los cinco continentes y diferentes situaciones socio-económicas, incluido España. En dicho estudio se concluye que la psicopatología parental es un robusto predictor de una sustancial proporción de trastornos mentales en la infancia.

CUADRO 1. Selección de factores de riesgo y factores protectores para la salud mental de niños y adolescentes (OMS, 2005)

Area	Factor de Riesgo	Factor Protector
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> Exposición a tóxicos durante el embarazo (alcohol, tabaco, otros...) Tendencia genética a trastornos psiquiátricos Trauma cerebral Hipoxia al nacimiento y otras complicaciones perinatales HIV infección Malnutrición, otras enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> Edad apropiada al desarrollo físico Buena salud física Buen funcionamiento intelectual
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> Trastornos del aprendizaje Temperamento difícil Maltrato infantil (físico, psíquico, sexual) Rasgos de personalidad desadaptativos 	<ul style="list-style-type: none"> Habilidad para el aprendizaje a partir de las experiencias Buena autoestima Alto nivel de resolución de problemas Habilidades sociales
Social		
a) Familia	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados inconsistentes Conflictividad familiar Pobre disciplina familiar Dificultad en el manejo relacional familiar Muerte de un miembro de la familia 	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de relaciones de apego seguro en la familia Oportunidades para una participación positiva en familia Recompensas por la participación en la familia
b) Escuela	<ul style="list-style-type: none"> Fracaso escolar Fracaso en la escuela para proveer de un ambiente adecuado de apoyo y aprendizaje Inadecuada/Inapropiada provisión de educación 	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidades para la participación en la vida escolar Refuerzos positivos por los logros académicos Identificación con la motivación de logro académico
c) Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Escasa eficacia comunitaria Desorganización comunitaria Discriminación y marginación Exposición a la violencia Escaso sentido de pertenencia 	<ul style="list-style-type: none"> Comunidad conectada, participativa Oportunidades para un uso constructivo del ocio Experiencias positivas culturales Positivos modelos de rol Recompensas por la participación en la comunidad Conexión con la comunidad a través de organizaciones, asociaciones.

1.2.2. Maltrato infantil.

Otro aspecto ampliamente documentado son las consecuencias del maltrato infantil, desde el castigo corporal en familias normofuncionantes (Gámez-Guadix et al., 2010), hasta el maltrato infantil cronificado (Ethier, Lemelin y Lacharité, 2004), pasando por la especificidad del abuso sexual (Cutajar et al. 2010). Todos los estudios confirman un elevado riesgo de psicopatología, en sus diversas vertientes y, especialmente, en el caso del abuso sexual, muestra su responsabilidad tanto en el surgimiento de problemas internalizantes y como externalizantes, como de psicosis y trastornos de la personalidad.

1.2.3. La familia.

La familia va a ser fuente, tanto de riesgo para la psicopatología, como de compensación ante la vulnerabilidad del niño. Así, en el estudio de García Linares et al. (2011), se encuentra que la percepción de rechazo junto a la ausencia de afecto son factores que predicen la aparición de conductas agresivas y delictivas, ansiedad, depresión y quejas somáticas, mostrando una diferencia según el género (internalizante en niñas y externalizante en varones). En el lado opuesto, tenemos que las prácticas positivas son factores de protección.

En otro trabajo, en esta ocasión con una muestra de alto riesgo de exclusión social, Ezpeleta, Granero, de la Osa y Domènech (2008) encontraron que, en la preadolescencia, el divorcio de los padres, el estilo parental y las condiciones socio-económicas eran las variables que más pesaban para el riesgo de psicopatología. Sin embargo, en la adolescencia, el peso de las variables cambiaba, siendo más preponderante la historia de riesgo pre-peri-postnatal, los problemas graves de salud física y, en tercer lugar, las características familiares. Como factores de compensación hallaron significativa la percepción por parte de los hijos de un bajo nivel de discordia entre los padres, así como un buen resultado escolar. Quizás las poblaciones en riesgo tienen factores específicos al constituirse como un sistema cerrado.

Al respecto de la familia como factor protector, también hallamos el estudio de Oliva et al. (2008), quienes encuentran que unas relaciones familiares positivas durante la adolescencia pueden ser consideradas como factor de protección ante las consecuencias negativas de los acontecimientos vitales estresantes.

Finalmente, el estudio clásico de Tasmin Ford (2007) resume los factores de riesgo de psicopatología relacionados con familia, entre los que destacan: la familia monoparental y la familia reconstituida (atendiendo a su estructura y composición), la exposición a la separación parental y a la enfermedad mental en los padres, sumándose a ello la presencia de enfermedad física importante en los niños y la pérdida de un amigo.

1.2.4. El apego.

Amparados en la teoría del vínculo afectivo, encontramos abundante bibliografía que nos ilustra cómo un apego seguro es un factor promotor de resiliencia en el niño y adolescente (Barudy, 2005). Los estilos de apego inseguros aparecen asociados con estrategias poco adaptativas, tanto de conducta como emocionales, puesto que una aceptación incondicional del hijo promueve seguridad y conduce a la regulación emocional. Una percepción en los niños de rechazo parental es precursor de psicopatología (Young, 2011), mientras que un estilo seguro, promueve el entrenamiento en el control de las emociones y, en especial de la ira, lo que disminuye el riesgo de problemas externalizantes (Shortt, 2010). La calidad de la relación de los padres, percibida por sus hijos, predice una mayor capacidad de adaptación (Cowan, 2009) y, finalmente, el apego desorganizado tiene una elevada prevalencia y una asociación de manera independiente con el TDAH (Green, 2007).

1.2.5. Biomarcadores.

Pocos estudios profundizan en biomarcadores. Entre ellos encontramos el de Galera et al. (2011), donde se encuentra una asociación importante entre riesgo de TDAH y problemas pre-peri y postnatales, como bajo peso al nacer, prematuridad y exposición a tóxicos. Específicamente la prematuridad y el consecuente bajo peso quedan asociados, con diferencias intergénero, al trastorno de conducta en varones y a la depresión en adolescentes femeninas (Costillo, 2007; Nomura, 2008). Más escasos son los estudios de riesgo genético, destacando los realizados para el espectro de los trastornos externalizantes por Hicks et al. (2009), donde se otorga un peso superior a la genética que al ambiente en la etiología de dichos trastornos.

1.2.6. Género y edad.

Existe abundante literatura que explora y confirma una diferenciación en los modos de enfermar en función del sexo, siendo más preponderante el peso de los problemas internalizantes en el femenino y el de los externalizantes en el masculino (Navarro-Pardo et al., 2012; Pitzer et al. 2011; Rohde, 2012; Vera et al, 2010).

Desde un punto de vista transcultural, las niñas muestran una prevalencia más alta que los niños de comportamientos ligados a ansiedad, depresión, aislamiento social y quejas somáticas. Así lo refleja Rescorla (2007a), en un primer estudio comparativo realizado en 24 países, con adolescentes de edades comprendidas entre los 11 y los 16 años y, en un segundo estudio, a lo largo de 31 países (Rescorla, 2007b), en población comprendida entre los 6 y los 16 años. Una de las principales conclusiones es que las niñas puntuaban más alto que los niños en problemas internalizantes, hallando el patrón contrario, es decir, el externalizante para los varones. Este patrón se diferenciaba progresivamente conforme avanzaba la edad, siendo mayor, por tanto, dicha diferenciación en la adolescencia que en la infancia.

Con rotundidad, transculturalmente el género aparece como un factor consistente, en mayor medida, para los problemas internalizantes que para los problemas externalizantes. No obstante, no hay acuerdo sobre si uno u otro sexo tiene mayor prevalencia, mayor carga de enfermedad mental en global. Al menos, así lo documentan Sandoval, Lemos y Vallejo (2006).

De igual manera, existe una consistencia investigadora que apunta la diferenciación psicopatológica en función de la etapa evolutiva, es decir, el cambio de psicopatología más prevalente en función de la edad (Rohde, 2012; Sandoval, Lemos y Vallejo, 2006; Vera et al., 2010). Tanto es así que incluso se apoya la idea que hay que intervenir diferenciadamente según sean niños o niñas y según tramos de edad: primera infancia, segunda infancia, preadolescencia, adolescencia media y tardía (van Beek, Hessen, Hutteman, Verhulp y van Leuden, 2012).

Finalmente, por su innovador carácter interaccionista y sistémico en el análisis epistemológico, en consonancia con la psicopatología del desarrollo, no quisiéramos acabar este apartado sin mencionar el estudio de Flouri y Panourgia (2011), un trabajo con adolescentes del sudeste de Inglaterra, en el que se aborda, por primera vez, la interacción de ambiente (sucesos vitales estresantes), sexo y estilos cognitivos como predictores de psicopatología. Estos autores encontraron que los sucesos adversos de la vida junto con los errores cognitivos individuales (sobregeneralización, catastrofismo, abstracción selectiva y paranoidismo) ejercían un papel mediador en el surgimiento de hiperactividad en los chicos y de problemas emocionales en las chicas.

1.2.7. Temperamento, autoestima y estilo cognitivo.

El temperamento difícil y la dificultad en la regulación emocional son aspectos han merecido especial mención en la investigación sobre la génesis de la psicopatología. En este sentido, desde el punto de vista de factores protectores, encontramos suficiente evidencia acerca del carácter protector y precursor de resiliencia del estilo cognitivo caracterizado por la flexibilidad y la adaptabilidad (Causadias, Salvatore y Sroufe,

2012), así como la presencia de una autoestima y autoconcepto positivos (Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008), junto con un temperamento dócil y con un bajo nivel de inestabilidad emocional (Carrasco y del Barrio, 2007).

1.2.8. Alteraciones del sueño como factor transversal.

Un factor modulador sobre la psicopatología en general, a modo de variable transversal, es el impacto de los problemas de sueño, tanto en la regulación emocional como en las conductas disruptivas, como lo señalan cada vez más estudios al respecto (Gruber, Cassoff, Frenette, Wiebe y Carrier, 2012; Reid, Hong, y Wade, 2009).

1.2.9. Nivel socioeconómico de la familia.

Un nivel socioeconómico bajo está asociado a peores niveles de salud en general y, en el ámbito que nos ocupa obviamente también es así (Flouri, Mavroveli y Tzavidis, 2010; Slade, 2007). Ante el desempleo y las dificultades económicas se produce una lógica respuesta de distrés parental que repercute en la salud mental de los hijos (Mensah y Kiernam, 2010).

Lourdes Ezpeleta et al. (2007) estudiaron los determinantes socio-económicos de la aparición de psicopatología a lo largo de dos cohortes de un área periférica de Barcelona, y encontraron que entre el 30%-60% de preadolescentes y 30%-50% de los adolescentes presentaban un problema mental, lo cual implica una proporción tres veces mayor a la media para la población general. La edad de mayor riesgo fueron los 10 años y los problemas más prevalentes fueron los trastornos de ansiedad y los problemas de conducta.

1.3. TAXONOMÍAS EMPÍRICAS VS. CATEGORIALES

Tradicionalmente, la conceptualización de la psicopatología de la infancia y adolescencia ha estado dominada por la perspectiva categorial, basada en el consenso de expertos y de amplio uso en la clínica. Esta posición es la de la American Psychiatric Association mediante la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (A.P.A., 1997) cuya quinta edición está prevista que vea la luz en este mismo 2013; como también lo es el de la Organización Mundial de la Salud, a través de la Clasificación Internacional de Enfermedades (WHO, 1990), en este caso, en los albores de su undécima edición. Ambas taxonomías constituyen sistemas de clasificación de la psicopatología que agrupa síntomas en síndromes clínicos.

Debido a la falta de información uniforme sobre la etiología y fisiopatología de los trastornos mentales, el DSM se basa principalmente en criterios de diagnóstico descriptivo. Sin embargo, los criterios son una mezcla de síntomas y características conductuales que conducen a sistemas de diagnóstico, como se menciona en el anterior párrafo, basados en el consenso de expertos.

La ausencia de biomarcadores junto con la de signos o síntomas patognomónicos, ha conducido a realidades clínicas tales como elevadas tasas de comorbilidad o cantidad excesiva de diagnósticos sin especificar (Alarcón, 2010). Los subtipos clínicos, las condiciones subumbrales o subclínicas, las condiciones culturales no se hallan representadas.

Por otro lado, el sistema dimensional acuñado por Achenbach (1991), obtiene síndromes empíricos procedentes de la covariación sintomatológica, mediante la aplicación de sistemas matemáticos. Aporta una clasificación flexible con grados de intensidad, de severidad del problema, respetando la idiosincrasia individual.

La primera dimensión, denominada internalizante, incluye los trastornos de ansiedad, depresión y somatomorfes y la segunda dimensión, externalizante, incluye trastornos de conducta, abuso de sustancias e hiperactividad. Esta taxonomía es empírica y decimos que tienen una base matemática, porque se basa en el estudio real de la

covariación de signos, síntomas o conductas, y por ello ofrece una respuesta a la elevada cifra de comorbilidad hallada habitualmente al emplear sistemas clasificatorios categoriales.

Una de las principales diferencias entre ambos sistemas taxonómicos, categorial y empírico, reside en que las dimensiones asumen continuidad entre normalidad y psicopatología, mientras que las categorías asumen discontinuidad. En segundo lugar, el sistema dimensional permite aflorar las diferencias individuales, apreciar matices, combinaciones, comorbilidades, diversidades. La flexibilidad es una de sus principales ventajas, y permite definir puntos de corte diferentes dependiendo de los objetivos de la evaluación -diagnóstico, pronóstico, prevención o tratamiento- (Sala, Granero y Ezpeleta, 2005).

Hopwood y Grilo (2010) aportan en su estudio pruebas relevantes que apoyan el modelo dimensional, afirmando que puede proporcionar un mapa mejor para el diagnóstico que otras conceptualizaciones taxonómicas categoriales y, es especialmente relevante, para el estudio de la psicopatología de la personalidad del adolescente y joven adulto.

Por último, el modelo dimensional incluye la discapacidad y el distress como factores esenciales. Además, las dimensiones suponen abarcar de forma amplia los aspectos o áreas de importancia clínica, y el umbral diagnóstico debe ser tan alto como sea necesario para que tenga valor predictivo.

No obstante, este modelo requiere de un mayor número de pruebas empíricas suficientes como para poder ser sustitutivo del modelo categorial, y puesto que aunar fuerzas es siempre mejor que sustituir un modelo por otro, subrayamos la afirmación de Rutter (2011) de que la combinación entre la aproximación dimensional y la categorial es el mayor reto de la comunidad clínica en la actualidad.

La realidad en las consultas de atención primaria

En las consultas de atención primaria de salud de nuestro país se utiliza, mayoritariamente, la CIE (9 o 10). Y, en muchas ocasiones, no se utiliza ninguna de las dos principales taxonomías expresamente, sino que se obtiene un indicador que descende a síntomas o problemas de salud mental, pendientes de su confirmación especializada. A ello contribuyen tanto la formación generalista del pediatra o médico de familia, como las características de la organización asistencial, basada en un modelo biomédico de entender la salud y la enfermedad, así como en la asignación de un tiempo extremadamente limitado de las consultas y la ausencia de un trabajo en equipo con otros profesionales de la salud mental.

1.4. COMORBILIDAD

La comorbilidad es la presencia simultánea de dos o más trastornos en un mismo individuo y constituye uno de los temas candentes en psicopatología. Según del Barrio (2009), es consecuencia de una concepción categorial que busca lograr unos criterios identificadores y excluyentes. Pero, incluso si se rechazan las taxonomías categoriales, la comorbilidad es un hecho. Tal y como demuestran Angold, Costello y Erkandi (1999), desde comienzos de la década de los noventa, la comorbilidad en psicopatología se ha ido estableciendo de manera incuestionable, es decir, que tanto si se parte de una taxonomía dimensional como categorial, la comorbilidad está servida.

Sea como fuere, su alta presencia es una muestra de cómo esa distinción y claridad conceptual buscada mediante la clasificación en compartimentos estancos de la psicopatología, en tipos puros o aislados de psicopatología –incluso dentro de las aproximaciones dimensionales–, resulta muy difícil de combinar con la realidad misma, de decidida vocación por la complejidad e interacción.

Por ese motivo consideramos importante concluir este apartado con un breve repaso a las aproximaciones al tema más relevantes durante la última década. En primer

lugar, aportamos algunos estudios cuya aproximación taxonómica ha sido la dimensional. En segundo lugar, desde la taxonomía categorial, expondremos una selección de estudios sobre comorbilidad homotípica (dentro de un mismo grupo de trastornos) y heterotípica (combinación de síndromes diferentes). Finalmente, hemos seleccionado dos trastornos en particular: el primero, el autismo, para el que aportamos un apunte sobre su comorbilidad con otros diagnósticos, dado que se trata del trastorno más estudiado en neurodesarrollo y más profusamente tratado en la literatura en la última década desde la neurología, la psiquiatría y la psicología, con una prevalencia en primera infancia entorno al 1%. El segundo trastorno que abordaremos será el TDAH, en sus diversos subtipos y comorbilidades respectivas, puesto que se trata del diagnóstico más frecuente y con mayor prevalencia en psicopatología del desarrollo.

1.4.1. Comorbilidad de problemas internalizantes y externalizantes

Uno de los principales estudios de psiquiatría genética, mediante el seguimiento de una cohorte de gemelos, lo constituye el estudio Presenti-Gritti y et al. (2008), quienes realizaron un análisis de aquellos gemelos nacidos en las provincias de Milán y de Lecco, obteniendo finalmente 398 pares, con una edad media de 13 años.

Los principales hallazgos fueron que, significativamente, hubo mayor presencia de problemas externalizantes en chicos que en chicas; por el contrario, más presencia de problemas internalizantes en chicas que en chicos. Además hallaron una influencia genética específica para la externalización: la heredabilidad encontrada fue del 56% para problemas externalizantes, frente al 12% para problemas internalizantes.

Pero lo más significativo en cuanto a la comorbilidad fue que hallaron una OR 6.9 (IC:4.4-10.9) de que si un sujeto aparecía como 'problemático', -en el límite o de riesgo- para problemas externalizantes, también presentaba problemas internalizantes, y ello difería significativamente, al compararlo con una muestra poblacional obtenida mediante el estudio de Frigerio et al. (2004).

La probabilidad de presentar alteraciones de internalización en un sujeto con alteraciones externalizantes fue de 0.46, la probabilidad de puntuar en externalización siendo internalizante -la principal sintomatología hallada- fue de 0.39. Y ambas probabilidades fueron más elevadas significativamente que tener ausencia de internalización presentando externalización y viceversa.

Estos resultados coinciden con el estudio de Polier et al. (2012). En un diseño de casos y controles se comparó muestra clínica con muestra de base poblacional. En ambas muestras, los sujetos con problemas externalizantes presentaron un elevado porcentaje de comorbilidad con problemas internalizantes (35% para la muestra comunitaria y 78% para la muestra clínica).

1.4.2. Comorbilidad homotípica y heterotípica en la taxonomía categorial

1.4.2.1. Ansiedad y Depresión

En el estudio de Romero et al. (2010), se revisa lo publicado hasta entonces y se aportan datos referidos a comorbilidad homotípica (dentro del mismo grupo de trastornos), cifrados en Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG) y el Trastorno de Pánico (67%), seguida de TAG y Trastorno por Ansiedad de Separación (TAS) (51%). En su estudio hallaron que un 87% de niños con sintomatología ansiosa presentó comorbilidad homotípica, siendo la más común la TAG y TAS; un 82% de sujetos con síntomas depresivos presentó al mismo tiempo algún tipo de trastorno de ansiedad y un 20% de niños con ansiedad presentó al mismo tiempo sintomatología depresiva. Las niñas presentaron más síntomas de ansiedad que los niños y la sintomatología depresiva fue por igual representada en ambos sexos. Generalmente, el TAG fue el trastorno de ansiedad más asociado con depresión.

1.4.2.2. Trastorno de Conducta y Depresión

Frías et al. (2009) realizaron una revisión teórica y expusieron cómo la comorbilidad del trastorno de conducta y de la depresión en la adolescencia no era un mero producto del azar, ni un artefacto, demostrando, ineludiblemente, esta coexistencia. Dependiendo de las muestras empleadas en los diferentes estudios revisados, los autores obtuvieron una horquilla de comorbilidad que osciló entre el 10% y el 50%. La principal conclusión alcanzada abogó por la inclusión en el futuro DSM-V del 'trastorno de conducta depresivo'.

1.4.2.3. Autismo y comorbilidad

Al autismo se le reconoce una prevalencia del 1% y es uno de los mayores problemas en salud pública por su temprana aparición, persistencia a lo largo de la vida y elevados niveles asociados de afectación.

La comorbilidad está bastante documentada en la literatura, destacando el estudio de Simonoff y et al., (2008), con muestra clínica de 112 sujetos, entre 10 y 14 años, cuyos principales resultados fueron que el 70% de los sujetos de la muestra presentaron comorbilidad y, de éstos, el 41% presentó dos o más trastornos adicionales al de autismo. El diagnóstico asociado más común fue el trastorno de ansiedad (29,2%), en segundo lugar el TDAH (28,2%) y, en tercer lugar, el trastorno negativista desafiante (28.1%), aunque como se puede apreciar por los porcentajes ofrecidos, las diferencias no fueron significativas. Estos datos son corroborados por la reciente investigación de casos y controles de Skokauskas y Gallagher (2012), hallando una comorbilidad en torno al 50% entre autismo y trastorno de ansiedad y TDAH.

1.4.2.4. TDAH y comorbilidad

El TDAH es un trastorno de neurodesarrollo cuya prevalencia fluctúa alrededor del 5% de la población infantil, describiéndose tres subtipos: a) Trastorno por Déficit de Atención con predominio del déficit de atención, b) Trastorno por Déficit de Atención, con predominio hiperactivo-impulsivo, c) Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad combinado: inatención, hiperactividad e impulsividad.

La comorbilidad hallada más frecuentemente es con el trastorno negativista desafiante, el trastorno de conducta y el de ansiedad, arrojando cifras entre un 11% y un 33% de comorbilidad (López-Soler y Martínez, 2003), estando relacionada su calidad de vida no sólo con la severidad de los síntomas del trastorno en sí mismo, sino también con la tasa de comorbilidad. Flores (2009) presentó un estudio con muestra clínica (61 niños con TDA, entre 6 y 10 años), obteniendo como principales resultados que en el primer subtipo (TDA con predominio inatencional) hallaba un mayor predominio de comorbilidad cognitiva (dificultades del aprendizaje y procesamiento de la información), mientras que en el segundo subtipo (predominio hiperactivo-impulsivo) la comorbilidad iba cambiando hacia un espectro más complejo al combinarse la comorbilidad cognitiva con la conductual o externalizante, hasta llegar al tercer subtipo, con la presencia más elevada de comorbilidad de ambas esferas. Ello tiene interesantes implicaciones tanto para el diagnóstico, en sí mismo, como para la etiología y correlatos neuropsicológicos, lo cual constituye un área de estudio que queda fuera del alcance de esta tesis.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II. SALUD PÚBLICA, EPIDEMIOLOGÍA Y RED CENTINELA SANITARIA: CONCEPTOS GENERALES

2.1. SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA

La Salud Pública viene definida, tanto en los organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud, como en la normativa española específica al respecto (Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, BOE núm. 240 de 5 de octubre), como aquel conjunto de actividades organizadas por las Administraciones Públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales.

En definitiva, es la acción encaminada a la promoción, protección, prevención y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. Su esencia consiste en la perspectiva basada en grupos humanos, en poblaciones, y en la salud, no en la enfermedad ni en su curación.

En esta definición, aparecen dos conceptos fundamentales: salud y población, acerca de los cuales haremos unas matizaciones.

Por un lado, la OMS define “salud” no sólo como ausencia de enfermedad, sino como aquel estado de bienestar físico, psicológico y social del individuo y de la colectividad (WHO, 1948). Por tanto, las intervenciones en salud pública tienen que ver con los aspectos clínicos pero van mucho más allá, desarrollándose líneas de acción sobre la salud ambiental, los factores sociales y las condiciones de vida que establecen diferentes niveles de salud en la población.

Por otro lado, por “población” no sólo se entiende aquella que acude a consulta clínica, el sector enfermo conocido. Los problemas de la población son mucho más

amplios e incluyen la parte oculta del iceberg, donde se encuentran tanto aquéllos que aun estando sanos son vulnerables a la enfermedad y cuya vulnerabilidad podría eliminarse o reducirse con la intervención del sistema de salud, como aquellos que presentando problemas de salud, patologías, sin embargo no acuden al sistema sanitario por razones de pobreza, ausencia de conciencia de enfermedad, insuficiente educación para la salud, etc.

La concepción de salud y de enfermedad, así como la concepción de población han ido cambiando y evolucionando históricamente respondiendo a cambios sociales y políticos, precisamente porque la salud no sólo es una cuestión científica, sino también social y política. Por ello, los factores sociales, culturales, económicos y ambientales influyen en la salud, erigiéndose en sus determinantes. A partir de aquí entenderemos que al hablar de Salud Pública estamos ante un campo multidisciplinar de aplicación de las ciencias de la salud, pero también de las ciencias sociales (sociología, antropología, economía, política, etc.).

En resumen, la Salud Pública tiene encomendada la misión de, en primer lugar, conocer el estado de salud de la población, las causas y determinantes que la provocan, para, en segundo lugar, intervenir mejorando, promoviendo, protegiendo y previniendo.

Para la primera tarea se sirve de la Epidemiología, definida como el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios (Last, 1988). Esta definición subraya que los epidemiólogos estudian no sólo la muerte (históricamente, el primer registro epidemiológico lo constituye el registro de mortalidad), o la enfermedad, sino que también se ocupa de advertir qué condiciones sociales y ambientales están a la base tanto de la enfermedad como de la salud: condiciones económicas, de acceso a la vivienda, a la cultura, al trabajo, exposición a agentes contaminantes, etc.

La misión de la epidemiología será desarrollar conocimiento en salud para su aplicación a nivel poblacional y por esta razón es considerada como una ciencia básica de la Salud Pública. Los grandes objetivos que se marca son observar, definir y cuantificar los problemas de salud de una población o comunidad, identificar los factores personales y ambientales asociados, explicar patrones locales de enfermedad y proponer medidas de actuación para reducir la carga de enfermedad.

Por otro lado, desde el modelo salutogénico, es decir, desde el conocimiento de la salud de la población en positivo, la epidemiología estaría en condiciones de proponer elementos para la optimización de los recursos de salud de la población, potenciando las áreas que impiden que una población enferme, a pesar de encontrarse bajo la acción de factores de riesgo (Álvarez-Dardet y Ruiz-Cantero, 2011; Rivera, Ramos, Moreno y Hernán, 2011).

Los ámbitos de desarrollo habituales en la epidemiología son:

1. Medición del nivel de salud de las poblaciones:
 - a. Análisis de la morbilidad: determinación de la carga o peso de cada enfermedad, para planificar los requerimientos de servicios y priorizar la asignación de recursos.
 - b. Detección de tendencias en la incidencia o prevalencia de las enfermedades.
 - c. Identificación de cambios en los patrones de una enfermedad y sus consecuencias.
 - d. Identificación de grupos de riesgo.
2. Descripción de la historia natural de la enfermedad.
3. Identificación de los determinantes de la enfermedad
4. Control de los problemas de salud mediante sistemas de información o sistemas de vigilancia epidemiológica y de salud pública.

En definitiva, la epidemiología es el brazo operativo que tiene la Salud Pública para poder cumplir con su objetivo. La Salud Pública se apoya en ella para abordar la salud y sus problemas en una perspectiva colectiva, pero va más allá al preocuparse no tan sólo del estudio de los problemas de salud, sino también de los elementos conducentes a la modificación de situaciones indeseadas mediante la organización, administración y aplicación de efectivas medidas de prevención y control (Navarro, 1998).

2.2. SISTEMAS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

La epidemiología utiliza sistemas de recogida y análisis sistemático de datos de interés para detectar la presencia de salud y conocer la evolución temporo-espacial. Estos sistemas constituyen la vigilancia epidemiológica que, desde el momento en que las enfermedades crónicas se han ido erigiendo como las más prevalentes en nuestra sociedad, en asociación con determinantes sociales (condiciones de vida, estilo de vida) y ambientales, han pasado a denominarse **sistemas de vigilancia en salud pública**. Ejemplos conocidos son los registros E.D.O., (registros de Enfermedades de Declaración Obligatoria), el C.M.B.D. (Conjunto Mínimo Básico de Datos, recogidos para cada ingreso hospitalario en hospital de la red pública) o las Encuestas de Salud.

La vigilancia supone observar algo o a alguien para evitar que cause o que reciba un daño o que haga algo indebido. La Vigilancia Epidemiológica, una de las primeras actividades estructuradas de la Salud Pública, viene definida como la recolección sistemática de información sobre problemas específicos de salud en poblaciones, su procesamiento y análisis, y su oportuna utilización por quienes deben tomar decisiones de intervención para la prevención y control de los riesgos o daños correspondientes (García-Benavides, 1998). Sus funciones básicas son: la detección oportuna de las situaciones de riesgo público en salud y la monitorización del impacto de las intervenciones de prevención y control de problemas prioritarios de salud en las poblaciones.

Para que la vigilancia epidemiológica sea útil y efectiva debe cumplir una serie de requisitos:

1. La información debe recogerse de forma **sistemática**. La vigilancia de los problemas prioritarios debe ser permanente a lo largo del tiempo.
2. La información ha de ser **específica y selectiva**. Tan solo debe recogerse aquella que sea útil. El exceso de información puede ser tan perjudicial como su carencia.
3. La información recogida debe estar vinculada a actuaciones de prevención y control, es lo que se conoce como **información para la acción**.
4. La información recogida debe tener como referencia una población. El objeto es conocer lo **que está ocurriendo en la población bajo vigilancia**.

En España, existe una larga tradición de la práctica de la Vigilancia Epidemiológica, que se inicia en el año 1900 con la “Circular sobre la obligación de declarar los casos de enfermedades infectocontagiosas” y tiene un desarrollo constante a lo largo del siglo XX, destacando las medidas legislativas de 1904 (Instrucción General de Sanidad), 1930 (Real Orden para la creación del Sistema de Estadísticas Sanitarias) y 1995 con el Real Decreto por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RD 2210/95). Este Real Decreto es la normativa general que regula actualmente la Vigilancia Epidemiológica en España y se organiza como una red de redes, tanto en sentido territorial como funcional.

2.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y ATENCIÓN PRIMARIA: REDES CENTINELA SANITARIAS

Una red centinela sanitaria es un sistema de información orientado a la vigilancia en salud pública e investigación epidemiológica, basado en la colaboración voluntaria de

profesionales sanitarios de atención primaria, para el estudio de la frecuencia de las enfermedades y los determinantes de la salud (Vega, 2006).

Los primeros desarrollos se dieron en el Reino Unido, a mediados del siglo XX, donde se diseñó la primera red de médicos centinela de gripe en atención primaria. En el resto de Europa este sistema de vigilancia se inició en los años 60 alcanzando progresivamente una amplia distribución hasta llegar a la actualidad, donde un gran número de países europeos cuentan con su propia red centinela (Deckers, 2006). Así mismo, fueron surgiendo redes en Estados Unidos, Canadá y Australia junto con proyectos internacionales de colaboración como Eurosentinel, Health Monitorins in Sentinel Practice Network o European Influenza Surveillance Écheme. En España, las redes centinelas sanitarias forman parte de los sistemas de salud de las Comunidades Autónomas.

Los sistemas centinela se basan en la notificación de casos de determinados problemas de salud considerados de interés en Salud Pública. De acuerdo con el patrón epidemiológico, hasta mediados del siglo XX las áreas de estudio se ceñían a enfermedades transmisibles y algunas no transmisibles pero, en todo caso, de carácter agudo. Con el cambio de patrón epidemiológico, los procesos estudiados se han ido orientando hacia enfermedades crónicas ligadas al estilo de vida, tales como la hipertensión o la obesidad, e introduciendo nuevas patologías pertenecientes al ámbito de la salud mental.

2.4. LA RED CENTINELA SANITARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Las redes centinela sanitarias que operan en España elaboraron conjuntamente en 1999 una 'Guía de principios y métodos de las redes centinelas' que sintetiza los principales aspectos de diseño y métodos de trabajo de las mismas y que son los seguidos por la RCSCV.

Además de ello, la RCSCV se ha desarrollado normativamente mediante la Orden de 8 de abril de 1999, de la Conselleria de Sanitat (DOGV núm.3510, de 4 de junio de 1999) por la que se desarrolla la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana, dentro de la Red Valenciana de Vigilancia en Salud Pública, que tiene como fin identificar los problemas de salud que afectan a nuestra población, valorar los cambios en la tendencia y distribución de los mismos y contribuir a la aplicación de las medidas preventivas individuales o colectivas a corto, medio o largo plazo, mediante la recogida sistemática, análisis y difusión de la información epidemiológica.

Objetivos

Entre los objetivos específicos de la RCSCV se encuentran (López-Maside, Miralles-Espí, Molins-Estellés y Zurriaga-Lloréns, 2007):

- a) Establecer la vigilancia de problemas de salud concretos en atención primaria (bien realizando una cuantificación de los mismos, bien permitiendo obtener un perfil del problema de salud en cuestión de tipo cualitativo).
- b) Identificar el patrón de morbilidad en atención primaria. Estimar la importancia de enfermedades y/o problemas de salud no recogidos en los sistemas tradicionales.
- c) Evaluar las actividades preventivas y de promoción de la salud que se llevan a cabo.

Una de las características en las que se basa la RCSCV y, en general todas las redes, es su carácter rotativo, es decir, los problemas de salud estudiados no son siempre los mismos, sino que pueden variar de un periodo anual a otro. La ventaja de la obtención de datos de las redes centinelas estriba en que los datos proceden directamente de los profesionales de atención primaria, lo cual confiere calidad y un alto grado de compromiso de los notificadores. Finalmente, dado el diseño de la red, la información consigue ser representativa de la población a la que se refiere.

Criterios de trabajo

a) Composición

Los componentes de la misma son seleccionados entre los profesionales de Atención Primaria, que desarrollan su trabajo en Centros de Atención Primaria. Son integrantes de la misma una muestra de médicos (medicina general, pediatría y planificación familiar) y personal de enfermería, cuya participación es voluntaria y no remunerada.

b) Cobertura poblacional y representatividad

La cobertura poblacional de la muestra de profesionales participantes ha de alcanzar, al menos, al 1 % de la población de la Comunidad Valenciana, superando, especialmente en pediatría, el 4% y distribuyendo proporcionalmente los profesionales en función del territorio de manera que pueda asegurarse la representatividad muestral de los datos obtenidos.

c) Procedimiento

La declaración de las patologías o problemas de salud es semanal, y se prolonga durante un año, debiendo remitirse, por parte de cada uno de los profesionales, todas las semanas, un impreso de notificación de casos a la Unidad de Epidemiología correspondiente, perteneciente a la Conselleria de Sanidad, tanto si han visto casos de los problemas de salud bajo vigilancia como si no lo han hecho. Recientemente se han introducido mejoras tecnológicas, lo que permite la notificación electrónica.

La RCSCV comenzó su programa de registro en 1995 y cada año varía de problemas de salud a vigilar habiendo recogido hasta la fecha información de más de treinta problemas de salud diferentes. En materia de salud mental se encuentran ejemplos como los trastornos de ansiedad en 1995, o la depresión en ancianos en 2000, el Trastorno Mental Grave en 2009 o, finalmente, un abanico de problemas de salud

mental infantil agrupados bajo la denominación 'problemas de comportamiento' en 2009, siguiendo la nomenclatura de la C.I.E., habitual en las consultas de atención primaria.

La Comisión de Expertos de la RCSCV, perteneciente al Área de Epidemiología de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana, planifica anualmente aquellos problemas de salud que deberán ser vigilados, estableciendo un protocolo al respecto.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III. EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: MARCO TEÓRICO

3.1. DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO A LA EPIDEMIOLOGÍA DEL DESARROLLO

La epidemiología del desarrollo es aquella epidemiología dedicada al estudio de la salud mental en las primeras etapas del ser humano pero con un enfoque procedente de la psicopatología del desarrollo. Por tanto la epidemiología del desarrollo incorpora en su método de investigación los postulados de la psicopatología del desarrollo, donde un mismo factor considerado causal puede conducir a diferentes resultados y, por otro lado, donde diferentes factores causales pueden llevar al mismo resultado.

Desde esta nueva perspectiva epistemológica de la epidemiología del desarrollo, es necesario entender cómo las trayectorias de los síntomas, del ambiente y del desarrollo individual intervienen e interactúan para producir psicopatología (Costello, 2006).

La epidemiología de la salud mental en la infancia y adolescencia, entendida de esta manera, pasa por identificar no sólo factores de riesgo clave y factores protectores, sino también periodos críticos del desarrollo humano donde la exposición a los mismos es más sensible y, por tanto, descubrir cuándo, con qué contenidos y por qué la implementación de programas de prevención son más efectivos.

3.2. DETERMINACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD, LA CARGA DE LA ENFERMEDAD

La primera de las determinaciones que persigue la epidemiología en general, y aquella encargada de la salud mental de la infancia y adolescencia, en particular, gira en torno

al conocimiento de las necesidades de salud mental de la población que, en nuestro ámbito tiene una serie de particularidades:

- a) **La necesidad demandada por la población**, en las etapas de la infancia y adolescencia, y en materia de salud mental, debe responder a las cuestiones de quién tiene una enfermedad, cuándo, dónde, cómo y por qué. Intenta responder cuando un sujeto enferma qué le ha hecho enfermar a él y no a su contexto, o a su generación, grupo étnico de referencia, grupo familiar o fratria por ejemplo, sexo, etc. ¿Qué hace que un niño presente una depresión pero no lo haga su hermano, a pesar de tener ambos la misma madre enferma de depresión? La aproximación epidemiológica a esta necesidad de salud se evalúa mediante la estimación de la prevalencia, incidencia, impacto y distribución, con el fin de considerar caminos para disponer de servicios y evaluar su coste y efectividad. También realiza investigación comparada entre países, con la dificultad añadida de que cada servicio sanitario es diferente y la cobertura poblacional del mismo también.

- b) El estudio sobre la **necesidad oculta**, es decir, ¿cuántos y qué niños están habitualmente ocultos para la provisión de servicios? La tragedia descubierta por la epidemiología es que sólo una proporción pequeña y un tipo de niños tienen acceso a los servicios de salud mental que necesitan. Muchos niños que necesitan cuidados no los reciben, existiendo disparidad en función de la edad, el país de procedencia, la localización geográfica, el status económico y las características familiares (Costello, 2005). Las necesidades son mucho más elevadas, en consecuencia, que las demandas reales.

Una vez establecidas las necesidades mediante el desarrollo de procedimientos estandarizados, determinada la prevalencia de cada enfermedad, la carga de cada enfermedad, ello debe permitir planificar adecuadamente los servicios asistenciales y establecer estrategias de prevención y promoción de la salud mental.

3.3. DEFINICIÓN DE CASO: ¿QUIÉN LE PUSO EL CASCABEL AL GATO?

Y para el estudio de la prevalencia y de los patrones de distribución de la enfermedad en el tiempo y espacio, la epidemiología comienza por la obtención de los casos reales de la enfermedad. Saber cuántos enfermos hay implica definir qué es un caso, mediante qué criterios y estándares o taxonomías, teniendo en cuenta que no sólo hay casos en las consultas asistenciales, sino que también hay casos que no acuden a las mismas, es decir, también hay morbilidad fuera de la clínica.

La determinación de caso es problemática dado que hay pocos signos patognomónicos en psicopatología infantil y adolescente; además, el establecimiento de un umbral de sintomatología que defina el 'caso' es difícil de unificar y, por este motivo, el nivel de gravedad o severidad del problema, la relevancia clínica marca la dificultad para comparar los estudios epidemiológicos. A ello se suma el instrumento de medida utilizado (entrevistas estructuradas diversas, juicio clínico), la población de referencia utilizada (general, atención primaria, población clínica ambulatoria, muestras hospitalarias) y el informante utilizado (padres, madres, profesores, autoinformes en caso de la adolescencia). Para realizar una comparación por países, otro factor que arroja dificultad es la diversidad de sistemas sanitarios existentes y los diferentes modos de entender y aplicar la política sanitaria.

Sin embargo, el conocimiento de la carga de problemas de salud mental constituye el primer paso para disponer los medios que satisfagan adecuadamente la necesidad de salud.

3.4. EL MODELO DE GOLDBERG Y HUXLEY

En 1980, Goldberg y Huxley propusieron un modelo conceptual que, por primera vez, permitía relacionar la morbilidad de los trastornos mentales que se podían apreciar en contextos comunitarios con los que eran atendidos en servicios asistenciales, fueran éstos de atención primaria o especializados (Retolaza, 2009). El modelo muestra qué

tipo de proceso de selección envuelve a la demanda, a la detección clínica del caso y a la derivación a servicios especializados del adulto con trastornos mentales.

Este modelo, reformulado por los mismos autores en 1995, y adaptado a salud mental infantil y adolescente por Verhulst y Koot (1992), Verhulst (1998) y, especialmente para la adolescencia, por Logan y King (2001), describe el proceso de demanda de ayuda a través de la secuencia de niveles de asistencia sanitaria, desde la más general hasta la más especializada, lo cual permite reconocer los casos reales y los ocultos, e investigar las variables que están incidiendo para que así lo sean; en definitiva, permite determinar las necesidades de salud mental de la población infantil y adolescente.

Este modelo constituye el marco teórico en epidemiología de la salud mental que continúa vigente hasta nuestros días y en él fueron definidos conceptos clave como: a) **morbilidad comunitaria**, es decir, aquella presente en la comunidad y que puede, o no, ser sujeto de demanda y objeto de provisión de servicios; b) **nivel asistencial**, es decir, lo que actualmente conocemos como atención primaria, salud mental ambulatoria y hospitalización psiquiátrica; y **filtro asistencial**, concepto que sirve para describir y analizar las barreras (sociales, culturales clínicas, organizativas, asistenciales) que se presentan para pasar de uno a otro nivel (Goldberg, 1995; Retolaza, 2009).

El modelo, presenta una estructura gráfica piramidal (ver Figura 1), donde aparecen los niveles de morbilidad y los filtros para su detección y atención. Los niveles son los siguientes:

Nivel 1: *La Comunidad*. En la que se estudia la prevalencia e incidencia real (es decir sometida a procesos *naturales* y no asistida) de los diferentes trastornos mentales así como las circunstancias de cualquier tipo a las que vienen asociados.

Nivel 2: *El grupo total de pacientes atendidos en Atención Primaria*. En el que se puede estudiar la presencia de los diferentes trastornos mentales, sus características, etc.

Nivel 3: *La morbilidad detectada en Atención Primaria*, que no necesariamente coincide con la correspondiente al nivel anterior, ya que sólo se incluyen los trastornos mentales detectados por el pediatra o médico de familia.

Nivel 4: *La morbilidad tratada en los servicios especializados ambulatorios*.

Nivel 5: *El grupo de pacientes que precisan ser ingresados en servicios hospitalarios de psiquiatría*.

Entre estos cinco niveles existen cuatro filtros:

Filtro 1: *La decisión de consultar*. Se establece entre el nivel 1 y 2. Aquí interesa conocer qué trastornos consultan con más facilidad que otros y por qué; las conductas de búsqueda de ayuda y sus determinantes, muchas veces culturales; las circunstancias asociadas a aquellos casos que no consultan a pesar de padecer un trastorno mental, o a la inversa, aquellos que consultan aunque no lo padezcan.

Filtro 2: *La capacidad de detección en los servicios de Atención Primaria*. Se produce entre los niveles 2 y 3 (ambos, dentro de la estructura de la Atención Primaria). Pueden depender del médico, pero también del paciente y de su entorno, de las características del trastorno o de la organización asistencial.

Filtro 3: *La derivación a Servicios de Salud Mental*. Este filtro incluye los motivos por los que un caso continuará siendo tratado en atención primaria o será derivado a salud mental.

Filtro 4: *El ingreso en unidades hospitalarias*, siendo determinante el criterio del psiquiatra.

El modelo incluyó algunos supuestos pioneros en el análisis de la demanda de servicios sanitarios de salud mental y el comportamiento de los individuos susceptibles de beneficiarse, marcando un antes y un después para la epidemiología de la salud

mental. Algunos de estos supuestos fueron considerar, por ejemplo, que hay personas con psicopatología que no buscan atención, y viceversa; otro es el de distinguir entre el conjunto de pacientes con trastorno mental que consulta en servicios generales de salud (Atención Primaria) y aquellos casos que son efectivamente detectados en este nivel, siendo éstos últimos un grupo cuantitativamente bastante inferior; finalmente, el modelo reconoció la existencia de un número de casos tratados en el nivel no especializado de atención.

Del conjunto del modelo se deriva la importancia clave del nivel primario de asistencia y, en consecuencia, del pediatra y el médico de familia, tal y como la práctica totalidad de organizaciones sanitarias asumen en la actualidad (WHO, 2008b).

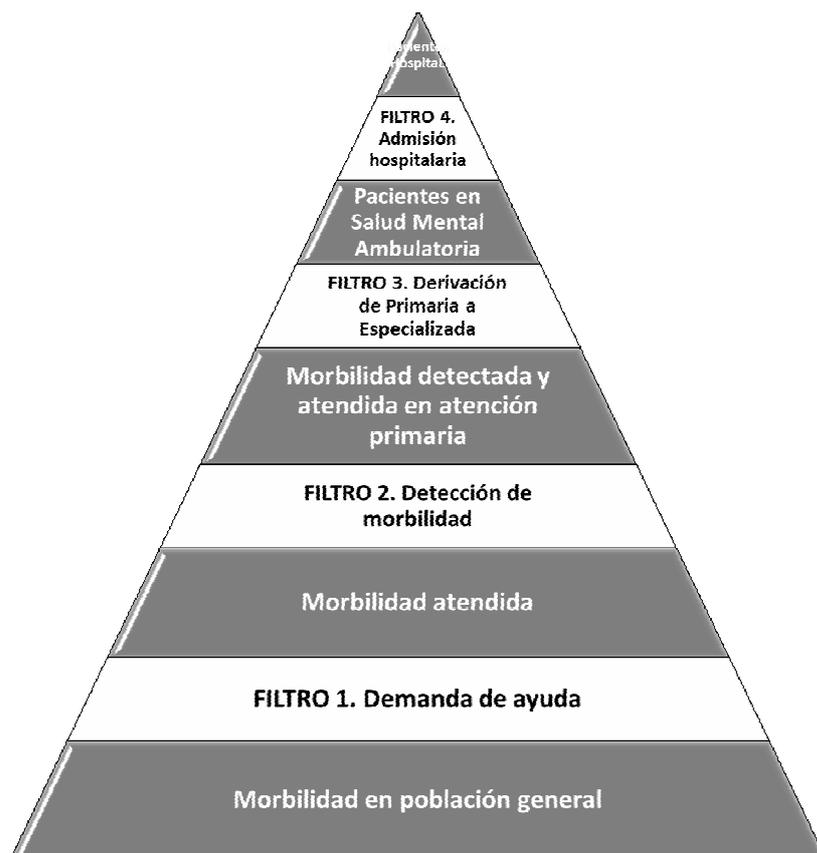


Figura1. Proceso de demanda de ayuda en salud mental infantil y adolescente (Goldberg, 1995).

Recientes estudios se han centrado en el análisis epidemiológico de los determinantes del primer, segundo y tercer filtros, en la medida en que condicionan la obtención de cifras de prevalencia reales y, por tanto, influyen de manera decisiva en la detección de las necesidades en salud. Lo veremos a continuación.

3.4.1. PRIMER FILTRO: la decisión de consultar

El reconocimiento de la necesidad de pedir ayuda es el primer paso para acceder a los servicios sanitarios y la demanda de ayuda es diferente en la infancia y la adolescencia porque los 'pacientes' acuden a consulta en la medida en que sus padres o cuidadores principales lo consideran necesario. Por lo tanto, el que toma la decisión de acudir no es el paciente, ésta es la gran diferencia con el mundo adulto y por eso el modelo de Goldberg y Huxley precisó de una adaptación específica. De hecho, las sucesivas reformulaciones se han centrado en analizar las variables que inciden en esta toma de decisión paterna y materna de acudir en busca de ayuda sanitaria por problemas de salud mental de sus hijos. En la medida en que podamos conocerlas, podremos controlarlas y mejorar el acceso de los niños y adolescentes que requieren servicios de salud mental, podremos destapar la necesidad oculta.

El punto de vista de los padres es universalmente importante a la hora de determinar el acceso a los servicios sanitarios de sus hijos, y se sugiere que procesos similares operan a pesar de las diferencias internacionales en cuanto a los sistemas de salud (Sayal, 2006). La definición operacional que examina el concepto de percepción parental de los problemas incluye: implicación parental, percepción de necesidad de servicio, carga o percepción del impacto sobre la familia y estimación de que se trata de un problema más grave que lo que le ocurre al resto de los niños.

Zwaanswijk (2003; 2005) destaca las siguientes variables como intervinientes en el proceso de búsqueda de ayuda por parte de los padres:

a. Asociadas al niño: acuden con mayor frecuencia a consulta si se trata de problemas externalizantes, que se presentan prioritariamente en varones, de edades comprendidas en la denominada segunda infancia.

b. Asociadas a los padres y familia: diversas variables influyen, pero no tienen que aparecer simultáneamente. En cualquier caso, la familia acudirá en función de su nivel de conocimiento sobre la salud mental en general, su nivel de estrés familiar, si ellos mismos presentan psicopatología, sus actitudes y creencias sobre lo que es la infancia y sus necesidades y, finalmente, su percepción de apoyo de familia extensa.

c. Asociadas al ambiente: factores sociodemográficos como bajo nivel socioeconómico y cultural, minorías étnicas o culturales predicen un menor porcentaje de consultas. Obviamente, la disponibilidad de seguro médico y, por último, la percepción de que el médico es sensible a este tipo de problemática.

El conocimiento parental de los síntomas infantiles, la preocupación parental acerca de la sintomatología –en su caso– es la llave que da comienzo al proceso de demanda de ayuda. Al menos uno de cada cinco padres perciben que sus hijos tienen un problema en la esfera emocional o comportamental (Teagle, 2002). Pero, menos de la mitad de los padres cuyos hijos tienen un problema consideran que efectivamente así es y ello es una barrera importantísima para que accedan a los servicios sanitarios (Brown et al 2007).

Como vemos, la presencia de psicopatología en un niño no implica automáticamente la demanda de ayuda. El reconocimiento parental de que existe una necesidad ha de darse también y depende en gran medida de la cantidad de distrés experimentada por los padres a la hora de criar a sus hijos, más que del nivel de psicopatología *per se*. Una de las claves para ello reside en la comorbilidad y en el incremento de la severidad y persistencia de los problemas. Así, Sayal, Taylor, Beecham y Byrne (2002) encontraron que, por encima del riesgo de TDAH, la percepción de impacto en la familia a causa del comportamiento del niño fue fundamental para que los padres percibieran que existía un riesgo de TDAH y, por tanto, buscaran ayuda.

Por otro lado, los padres o cuidadores principales reconocen mejor dificultades físicas o mentales que tengan impacto directo en el funcionamiento familiar (TDAH, Trastorno de Conducta, ...) pero no ocurre así con los problemas emocionales o, en general, con aquellos incluidos en la dimensión internalizante. Por ello los síntomas permanecen ocultos, y no afloran en las cifras epidemiológicas (Meltzer, 2007). En este sentido, Franco y Arango (2004) señalan que cuando son sólo los padres los que informan de los problemas de sus hijos, especialmente en la adolescencia, son mejores informadores de conductas disruptivas, no siendo buenos informantes de la esfera internalizante, por lo que para la adolescencia son una mejor fuente de información los propios adolescentes. Sin embargo, las investigaciones realizadas mediante listados amplios de conductas, indican que los trastornos internalizantes son los patrones de alteración psicológica más comunes encontrados en la infancia, fundamentalmente los temores, miedos y fobias pero, a pesar de ello, los trastornos externalizantes son más visibles en el contexto familiar y escolar, al manifestarse mediante conductas disruptivas que interfieren en el funcionamiento de los menores en esos ambientes, poniendo a prueba la tolerancia y habilidad para regular el comportamiento (López-Soler et al., 2010). La consecuencia a nivel de frecuentación de las consultas asistenciales es clara: los niños que presentan conductas disruptivas frecuentan más las consultas que aquellos que presentan problemas emocionales, puesto que la carga del impacto del problema sobre los padres está fuertemente asociado a la utilización de servicios sanitarios (Ballester, Legaz, Salmerón y Gil, 2012).

Tasmin Ford (2003), por su parte, destaca, entre los factores que influyen para que una familia no acuda a consulta, los siguientes: la falta de accesibilidad a los servicios sanitarios, el tiempo reducido de consulta, las dificultades de transporte, el rechazo al propio hijo, las experiencias previas negativas con los servicios sanitarios y la existencia de listas de espera.

En otro estudio, Sayal et al. (2010) realizan un análisis con metodología cualitativa, abordando las razones por las que los padres acuden o no acuden al médico de atención primaria por causa de salud mental de sus hijos. En este trabajo encuentran que el tiempo reducido de consulta provoca que los padres piensen que no van a ser

atendidos como necesitan y por ese motivo deciden no acudir. También influye el miedo al estigma o a la etiqueta 'psiquiátrica' en sus hijos y, finalmente, el miedo a que ellos, como padres, sean juzgados negativamente por parte del profesional. Entre las circunstancias positivas para acudir a consulta por un problema de salud mental advertido en sus hijos, figura el hecho de tener una continuidad en el cuidado por parte del mismo médico de atención primaria, con el que tienen confianza y el cual valida su preocupación.

3.4.2. SEGUNDO FILTRO: Detección del problema en Atención Primaria

Siguiendo de nuevo a Zwaanswijk (2003 y 2005), las variables que intervienen en este segundo filtro son:

a. Asociadas al niño: el tipo de problemas y el nivel de gravedad son determinantes. En este punto coinciden los médicos con los padres, ya que son más proclives a detectar los problemas externalizantes de severidad considerable. También detectan más niños que niñas. Un factor que tienen muy en cuenta para valorar la gravedad es si ocasiona repercusiones académicas negativas.

b. Asociadas a la familia: el grado de preocupación expresada en la consulta por parte de la familia influye en la detección del médico. También parece influir la composición de la familia, en especial, si se trata de una familia monoparental.

c. Asociadas al ambiente: el médico realiza una mejor detección ante la presencia de determinados factores sociodemográficos que le hacen hacer estar alerta (familia desestructurada o disfuncional, bajo nivel socioeconómico, etc.). Obviamente, también es determinante la disponibilidad y acceso a métodos de *screening* eficaces y rápidos y unos tiempos de consulta adecuados.

d. Asociados al médico o pediatra: su nivel de entrenamiento y conocimiento en salud mental, su conocimiento sobre técnicas de entrevista, participar de una praxis médica

basada en la concepción de la salud como un todo integrado y, por último, sus propias actitudes y creencias acerca de la infancia y sus necesidades.

En un estudio sobre todo lo publicado en Estados Unidos con anterioridad a 2011, se revisó la capacidad de detección de los médicos de atención primaria, estableciendo un rango de entre un 14% y un 54% para la sensibilidad, y entre un 69% al 100% para la especificidad (Sheldrick, Merchant y Perrin, 2011). Otros trabajos publican cifras de detección que oscilan entre un 25% y un 50% de los problemas (Brown, Riley y Wissow, 2007; Lubotsky, Hennessy y Petrila, 2010).

Y es que, en realidad, la mayoría de las consultas con los pediatras se realizan por problemas físicos de salud. En algunos estudios se ha estimado que sólo un 2%-5% de los niños y adolescentes consultan por presentar problemas emocionales o comportamentales (Rutter et al., 2008). En nuestro país, Tizón (2002) encuentra que un 2% de niños son detectados con problemas de salud mental en las consultas de pediatría de atención primaria y considera que la captación de problemas psicológicos en el niño o la familia por parte del profesional de atención primaria depende, entre otros factores, de:

- a) La capacidad o sensibilidad del profesional para reconocerlos (aptitud personal y formación).
- b) El modelo de atención médica: biologicista o integrador.
- c) Posibilidades de colaboración con los dispositivos de salud mental.
- d) Organización de la asistencia sanitaria: tiempos de consulta, disposición de la información (antecedentes familiares de enfermedad mental recogidos en historia clínica, v.g.).

3.4.3. TERCER FILTRO: La derivación a salud mental

Se estima que entre un 30% y un 80% de los casos reconocidos en atención primaria son derivados a servicios especializados y entre los motivos o predictores de derivación se encuentran la severidad de los problemas detectados, la presencia de problemas emocionales, el pobre funcionamiento familiar, los problemas psicosociales añadidos y la familia en tratamiento previo por problemas de salud mental. La mitad de los niños con trastornos son reconocidos y menos de la mitad de éstos son derivados (Sayal, 2006).

También se encuentran interacciones entre el género, la edad y el tipo de trastorno. Así, los niños –varones-, más pequeños, con problemas internalizantes son menos derivados (Sayal, 2006). En función únicamente del género, múltiples estudios demuestran que son derivados más niños que niñas a las unidades de salud mental desde atención primaria, encontrando López-Soler et al. (2009) una razón de 2 a 1.

La misma investigadora, Concepción López-Soler, junto con su equipo, en un estudio realizado a partir de muestra clínica, obtiene que aproximadamente un tercio de los sujetos presentan problemas afectivos y quejas somáticas y, en cambio, no ha sido la sintomatología de estos trastornos internalizantes el motivo de derivación a las unidades de salud mental (López-Soler et al., 2010). Dada la elevada proporción de problemas internalizantes no detectados, la propuesta que realizan es la necesidad de efectuar una evaluación específica de los problemas internalizantes, a menudo eclipsados por el impacto directo y observable de los externalizantes, precisándose, en consecuencia, protocolos de evaluación más adecuados en atención primaria con el fin de atender, desde sus inicios, este tipo de psicopatología.

Por otro lado, otro método para averiguar la capacidad y calidad de la detección en atención primaria consiste en la comparación entre los diagnósticos de atención primaria y los de salud mental, para los mismos pacientes, y una vez son derivados a los dispositivos de salud mental: son los denominados estudios de concordancia

diagnóstica. A continuación señalaremos los más recientes trabajos publicados al respecto en nuestro país.

Miranda Chueca et al. (2003), en el centro de salud de Gavá II (comarca del Baix Llobregat de Barcelona) analizaron las derivaciones a unidades de salud mental realizadas por parte de los equipos de atención primaria y obtuvieron unos niveles de concordancia débiles, tanto en diagnóstico, como en tratamiento farmacoterapéutico.

Por su parte, Landa et al. (2009), realizaron un estudio sobre concordancia diagnóstica dentro del Sistema Navarro de Salud, obteniendo un índice Kappa de 0,58 (moderado) para el conjunto de diagnósticos realizados en atención primaria y confirmados posteriormente en salud mental. Especialmente, el índice ascendió en hiperactividad, trastornos de ansiedad y trastorno disocial (0,61-0,80) y fue claramente superior, 0,8 - lo cual indica una concordancia muy buena- para el trastorno del control de esfínteres y trastornos de la conducta alimentaria.

Por último, Ferreras et al. (2011) se dispusieron a analizar las derivaciones a salud mental desde atención primaria en un centro de salud de la ciudad de Zaragoza, y concluyeron que, en términos generales, los médicos de atención primaria son capaces de manejar problemas de salud mental no graves, aunque el tratamiento farmacológico inicialmente pautado cambió, significativamente, a nivel estadístico, lo que sugiere interrogantes acerca de dicha prescripción.

3.4.4. ¿Y QUÉ HACER CON LOS FILTROS?

Con el modelo teórico en la mano, podemos ir dibujando con pinceladas gruesas las necesidades epidemiológicas en materia de salud mental infantil y adolescente: si queremos determinar las necesidades de la comunidad, seremos conscientes de que debemos establecer un mecanismo de cribado de doble fase que no estará exento de pérdidas muestrales puesto que, cuando las familias manifiestan su deseo de no

participar en los estudios, cierto grado de prevalencia se va a ir quedando por el camino sin posibilidad de ser cuantificada (lo veremos más adelante).

Si queremos determinar las necesidades atendidas en atención primaria podemos utilizar los registros de las historias clínicas y comprobar los casos detectados, o seguir una cohorte y medir el comportamiento de la prevalencia en atención primaria y especializada a lo largo de los años. Tal vez queramos sacar a la luz las necesidades de toda la población infantil y adolescente en un periodo de tiempo concreto mediante un protocolo al respecto, en atención primaria; por tanto, para ello necesitamos a la Red Centinela Sanitaria. O bien determinar los cambios acaecidos en las tasas de ingresos hospitalarios con un diagnóstico de salud mental, con lo que acudiremos a los datos oficiales del C.M.B.D. (Conjunto Mínimo Básico de Datos hospitalarios).

En cualquiera de esos casos, tendremos en cuenta que la prevalencia obtenida nunca será la real, sino una estimación de la misma, por lo que el control de estos filtros nos irá informando acerca de las limitaciones y posibilidades de nuestros hallazgos. Para afinar cada vez más esa prevalencia real, deberemos trabajar para que los padres y cuidadores principales sepan acudir a consulta cuando sus hijos e hijas lo necesitan verdaderamente, establecer mecanismos para que la escuela, 'el otro ojo que todo lo ve' en la infancia y la adolescencia, pueda colaborar en la detección de necesidades de salud mental de sus alumnos y, finalmente, que los profesionales de atención primaria reúnan las condiciones para poder detectar a todos sus pacientes y acierten a discernir entre los que pueden manejar en sus consultas o los que requieren de un tratamiento especializado. En resumen, optimizar los filtros 1, 2 y 3 del modelo de Goldberg y Huxley.

3.5. INCREMENTO DE LA PREVALENCIA: ¿REALIDAD O FICCIÓN?

Existe una controversia acerca del incremento real o ficticio de la prevalencia mundial de los trastornos mentales, en general, y de la infancia y adolescencia, en particular. Como hemos visto, la definición de trastorno o necesidad de salud (incluyendo tanto el

trastorno como niveles específicos de su severidad, gravedad o impacto), la disponibilidad de adecuados servicios sanitarios, las actitudes hacia la derivación por los profesionales y de los padres para pedir ayuda, son factores que inciden en resultados dispares en cada uno de los estadios del modelo de Goldberg y Huxley y, en consecuencia, están modulando el conocimiento de la verdadera magnitud del problema.

Por ello, es evidente que los estudios de prevalencia tienen sus limitaciones y no sólo en muestras clínicas que, como hemos podido comprobar, no siempre son correctamente detectadas (por los padres o por los médicos) o derivadas, sino también en las muestras comunitarias. Porque, podría parecer que el *quid* de la cuestión para asir todos los casos reales residiría en el diseño de estudios epidemiológicos de base poblacional, tomando como población diana a toda la población, o a una muestra representativa de la misma. Aun así, la realidad sigue resistiéndose a ser aprehendida. Granero, Ezpeleta y Domènech (2007) estudiaron las características de las pérdidas muestrales que habían tenido en un diseño de seguimiento de una cohorte, mediante entrevista telefónica desde el Centro de Salud. Encontraron un perfil que las caracterizaba en su no-participación: bajo o muy bajo nivel socioeconómico, minorías étnicas o culturales, situación de desempleo o beneficiarios de ayudas de Servicios Sociales. Todas ellas son características asociadas a la presencia de psicopatología de la infancia y adolescencia y, por tanto, indicativas de una deficiencia en la detección de la prevalencia real.

Otro factor que podría ser tenido en cuenta como indicador del incremento de la prevalencia es el aumento en el consumo de psicofármacos. Costello et al. (2006b) realizaron un metaanálisis de estudios epidemiológicos acerca de la depresión infantil y adolescente y encontraron diferencias en función de la edad y el género, pero no encontraron diferencias en la prevalencia a lo largo de las tres décadas estudiadas. En concreto, los autores asociaron el objetivo incremento de la prescripción farmacológica antidepresiva con la disposición clínica a la propia prescripción y la disponibilidad farmacéutica.

Algo similar ocurre con el autismo, encontrando Fombonne (2003) explicación al aparente incremento de su prevalencia, en gran medida, en la mejor detección en las consultas de salud mental y en los cambios en su definición y criterios diagnósticos.

En cuanto a diferencias encontradas debido al instrumento diagnóstico, Posserud (2010) diseñó un estudio donde fueron controlados los mismos criterios diagnósticos, la misma población, los mismos investigadores, para comparar dos instrumentos de medida del Trastorno del Espectro Autista. El resultado fue abrumador: la prevalencia fue doblada, del 0,21% con el DAWA al 0,44% con el DISCO.

Por otro lado, algunos estudios han utilizado la taxonomía dimensional de la psicopatología, con reputada solvencia epidemiológica, y encuentran un incremento tanto de los problemas internalizantes, especialmente en niñas (Collishaw et al., 2010), como de problemas de conducta, especialmente en niños (Collishaw et al., 2004).

Costello, Foley y Angold (2005) y Costello, Erkanli y Angold (2006a) concluyen que la prevalencia de psicopatología infantil y adolescente se ha incrementado en la segunda mitad del siglo XX, destacando como factores que han contribuido a ello: los cambios en los criterios diagnósticos, cambios en los métodos de evaluación y registro y, por último, cambios en la aceptación social de la psicopatología infantil y adolescente y, en general, en el conocimiento de la salud mental. Es decir, en la medida en que desde los círculos clínicos se ha ido reconociendo la existencia de una psicopatología de la infancia y adolescencia, este reconocimiento ha ido calando en la sociedad, promoviendo el desarrollo de una mirada particular hacia la salud mental de nuestros hijos e hijas.

Zwaanswijk, M., van Dijk y Verheij (2011) en un exhaustivo estudio poblacional en Países Bajos, mediante un seguimiento de las historias clínicas de una muestra representativa nacional de pacientes menores de 18 años, encontraron que un 6,6% de los niños y un 7,5% de los adolescentes presentaron un problema de salud mental a lo largo del último año. Al 15,2% de esos niños y al 29,4% de los adolescentes le fue prescrita medicación psicotrópica, habiéndose incrementado objetivamente el

porcentaje de problemas de salud mental entre 2004 y 2008, esto es, los años de seguimiento que duró el estudio.

Junto a estos estudios, algunos datos oficiales sobre registro de suicidio e intentos de suicidio, sobre patologías emergentes, como los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Rojo et al., 2003) o como la depresión (WHO, 2008a), nos hacen pensar que algo sí que está cambiando.

En conclusión, parece razonable admitir un incremento de la prevalencia de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. Con todo, muchos niños y adolescentes presentan problemas mentales pero no reúnen criterios diagnósticos recogidos en las clasificaciones internacionales al respecto (DSM o CIE), casos subclínicos, no por ello exentos de sufrimiento. Es decir, que subrayamos la idea de que sólo una porción pequeña de la población con problemas mentales es reconocida como tal en su necesidad.

Como señala Ford (2008), en un mundo ideal, los niños y adolescentes con trastornos mentales recibirían intervenciones eficaces, adaptadas a sus necesidades individuales, administradas por expertos, en un contexto adecuado de provisión de servicios. Sin embargo, los datos epidemiológicos informan que estamos muy lejos de este ideal, incluso en los países más desarrollados.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV. EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL: ESTUDIOS GENERALES Y ESTUDIOS ESPECÍFICOS EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

En este apartado se señalan los estudios pioneros en epidemiología de la salud mental, que datan de las décadas de los años 60 y 70 del siglo XX, así como aquellos estudios que, por sus características y contenido, han repercutido notablemente dando un giro a la investigación epidemiológica en la salud mental.

En segundo lugar, se abordan los principales estudios sobre epidemiología de salud mental general, en población mundial y europea para, en tercer lugar, dedicar un apartado específico a la investigación en materia de epidemiología de la salud mental en infancia y adolescencia, la cual data de principios de siglo XXI.

4.1. LOS ESTUDIOS PIONEROS

En epidemiología de la salud mental se considera que la primera investigación en la materia fue la realizada por Rema Lapouse y Mary Monk, en la universidad de Búffalo (Nueva York), a mediados del siglo XX.

Estas autoras investigaron la frecuencia de problemas mentales de una muestra de niños entre 6 y 12, tomando como informantes a las madres. Los resultados arrojaron cifras mucho más elevadas de problemas mentales que las tasas habitualmente registradas clínicamente (Lapouse y Monk, 1958) y pusieron sobre la mesa temas tan rotundamente actuales como la dificultad en la definición de caso, la necesidad de encontrar instrumentos de medida que hagan comparables los resultados entre

diversas poblaciones, y la finalidad de estos estudios destinada a la prevención de la enfermedad mental (Lapouse y Monk, 1967).

Con el nombre de la primera autora, Rema Lapouse, la American Society of Public Health entrega anualmente el más prestigioso premio de investigación sobre epidemiología en salud mental. A pesar del tiempo transcurrido desde estos estudios y hasta la actualidad, como se podrá ver en las siguientes páginas, no parece que hayamos avanzado mucho más.

En cuanto a los estudios longitudinales, el denominado estudio de la Isla de Wight sigue siendo citado en actualmente, a pesar de datar de 1976. En la década de los setenta del siglo XX, Sir Michael Rutter y su equipo de investigación se dispusieron a realizar el primer seguimiento de una cohorte completa con fines epidemiológicos en salud mental (Rutter, Tizard, Yule, Graham y Whitmore, 1976). Los aspectos estudiados fueron desde trastornos específicos de salud mental, pasando por la determinación de la inteligencia y dificultades de aprendizaje, hasta áreas concretas relacionados con la salud física, aspectos todos ellos relativos a la cohorte completa de niños que contaban entonces entre los 9 y los 11 años (3.500 individuos, aproximadamente) en la Isla de Wight, al sudoeste de Inglaterra, entre 1964 y 1974. Ya en 1964, Sir Michael Rutter diseñó el cribado de doble fase (cuestionario más entrevista), erigiéndose, desde entonces y hasta la actualidad, en el mejor método epidemiológico para la detección temprana de trastornos mentales (Pedreira y Sánchez, 1992; Rescorla et al., 2007; Verhulst, 1998). En la primera fase, o primer cribado, se incluye a toda la población diana, o bien a una muestra representativa de la misma, y se aplican instrumentos sencillos de bajo coste, plausibles de utilizar, seleccionándose los casos en función del punto de corte establecido con el instrumento de *screening* elegido (cuestionario). En la segunda fase, o segundo cribado, se establece la confirmación o no del caso a través de entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas, que contribuyen a la eliminación o notable disminución de los falsos positivos y detectan a los falsos negativos que el primer cribado ha aportado, dotando de elevados niveles de sensibilidad y especificidad. Como vemos, se trata de una combinación de elementos

psicométricos y clínicos que aúna las necesidades de detección en muestras comunitarias, con los requerimientos clínicos para su diagnóstico.

La prevalencia encontrada en la Isla de Wight fue de 6,8% de carga total (morbilidad atribuible a problemas mentales) a los 10 años y de 20% de carga total a los 14 años.

4.2. LA PSICOPATOLOGÍA SE HACE VISIBLE

Pero existen dos estudios que marcan un antes y un después para la epidemiología de la salud mental: el primero bajo el paraguas de la O.M.S. y, el segundo, es el reputado estudio 'Dunedin'. Veremos a continuación sus principales características.

En el año 1996, la Organización Mundial de la Salud encargó a Christopher Murray y Alan López un informe sobre la Carga Global de Enfermedades, es decir, un estudio descriptivo de las causas y cargas de enfermedad (morbilidad) y de mortalidad en todo el planeta. En dicho informe, por vez primera, se utilizaron medidas de morbilidad que incluían a los trastornos mentales. El resultado fue que la depresión unipolar fue establecida como la cuarta causa de morbilidad, a nivel mundial, para el año 1990 (Murray y López, 1997a). Y en la proyección estadística realizada para la salud del planeta en 2020, la depresión apareció como la segunda causa de enfermedad, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares (Murray y López, 1997b). Este informe tuvo una repercusión importantísima al poner en evidencia un aspecto de la salud humana, la mental, no cuantificada hasta la fecha y permitir apreciar tal magnitud.

Este tipo de estudios ha sido encargado de forma periódica, teniendo su continuación en el publicado en 2008 por la O.M.S., donde se concluye una proyección para 2030 en la que la depresión ya se convierte en el principal problema de salud en el mundo (WHO, 2008).

El otro estudio fue el del equipo dirigido por Julia Kim-Cohen, quien realizó un diseño longitudinal a través del seguimiento de la renombrada cohorte de Dunedin (Nueva Zelanda), cohorte de los nacidos entre el 1 de abril de 1972 y el 31 de marzo de 1973, seguidos hasta que cumplieron 26 años. En este estudio se puso en evidencia el comienzo de la psicopatología del adulto en las etapas de la infancia y adolescencia: la mitad de la población presentó su primer episodio de trastorno mental entre los 11 y los 15 años y tres cuartas partes antes de los 18 años. No se mencionaron aspectos acaecidos durante la primera década de la vida de la cohorte porque no se midieron prevalencias en dicho periodo y, como los mismos autores señalan en sus conclusiones, no se midió, por tanto, el comienzo de los primeros síntomas, como tampoco se preguntó sobre todo el espectro de síndromes clínicos sino sólo sobre una selección de los mismos, por lo que es de prever, concluyen, que en la primera década de vida tuvieron importantes hallazgos (Kim-Cohen et al., 2003).

Con la primera de las investigaciones se demostró la necesidad de una línea de trabajo continuado epidemiológico en materia de salud mental. Con la segunda, la imperiosa necesidad de centrar esfuerzos en la infancia y adolescencia, con el fin de determinar sus necesidades de salud mental, adecuar en consecuencia los servicios sanitarios y diseñar estrategias eficientes y eficaces para la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad psíquica.

4.3. LOS PRIMEROS ESTUDIOS GLOBALES

Desde 1973 la Comisión Europea estableció el Eurobarómetro, una serie de encuestas poblacionales donde participan todos los Estados Miembros. Pero sólo a partir de 2002 fueron incluidos temas de salud mental. Los datos son referidos a población mayor de 18 años, existiendo únicamente un informe específico que recoge el intervalo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años, sin descender a particularidades ni de la infancia, ni de la adolescencia y analizando globalmente el final de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta.

La conclusión general que se emite en el último informe es que los problemas de salud mental de la Unión Europea alcanzan una prevalencia muy elevada que, traducida en el coste económico que supone, éste asciende a un 3%-4% del Producto Interior Bruto (European Communities, 2004).

Por otro lado, en 2000 se inició el proyecto ESEMeD/MHEDEA, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: an European Assessment in year 2000, un proyecto europeo sobre epidemiología de los trastornos mentales enmarcado dentro de una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud llamada Encuestas de Salud Mental en el mundo. En el proyecto participan seis países: Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España. Y tiene por objetivo estimar la prevalencia-año y prevalencia-vida de los trastornos mentales en la población adulta de los Estados participantes.

El estudio ESEMeD-España es el primer proyecto que ha evaluado la epidemiología de los trastornos mentales en una muestra de población general española adulta, concluyendo que uno de cada cinco españoles presentará un trastorno mental a lo largo de su vida y, en cuanto a la prevalencia-año, la estimación es de un 8'5% (Haro et al., 2003; Haro et al., 2005).

Coordinados por el European Brain Council, se han iniciado estudios epidemiológicos consistentes en metaanálisis periódicos, cuya medida principal es la prevalencia-año de trastornos mentales y neurológicos en el ámbito de la Unión Europea. En 2005 sólo se realizó sobre población adulta y sobre los 27 Estados Miembros de la Unión Europea, arrojando una cifra del 27,4% (Wittchen y Jacobi, 2005). En el informe siguiente, de 2010, se incluyó también a Islandia, Noruega y Suiza, y el gran cambio consistió en ampliar a aquellos trastornos presentes en la infancia y adolescencia, dentro del intervalo de edad de 2 a 17 años. La prevalencia total para el mismo grupo de trastornos no presentó cambios significativos (27,1%), la prevalencia para trastornos en la infancia y adolescencia ascendió a un 0,6% para TDAH, un 0,6% para Trastorno del Espectro Autista y un 0,4% para Trastorno de Conducta (Wittchen et al., 2011).

Bajo el auspicio de la OMS, Kessler et al. (2007) realizó un estudio comparativo a nivel mundial, y encontró una carga global de enfermedad, debido a trastornos mentales, de entre un 47,7% a un 12,0%, dependiendo del país. A pesar de ser un estudio con población mayor de 18 años, una de las conclusiones resultó muy relevante para la psicopatología del desarrollo, ya que encontró que, al menos, la mitad de todos los casos, tuvieron un comienzo en la infancia o adolescencia, por lo que se proponía el impulso de medidas para la prevención en estas etapas del desarrollo humano. Específicamente, se encontró que la media de edad de comienzo del TDAH fue 7-9 años, y para el trastorno de ansiedad de separación, la edad de inicio se halló entre los 7 y los 14 años (Kessler y Üstün, 2008).

Finalmente, destacamos el metaanálisis firmado por Eaton et al. (2008). Este equipo de trabajo realizó un estudio metaanalítico acerca de todo lo publicado hasta la fecha sobre prevalencia de trastornos mentales en población mayor de 18 años, comparándolo con la prevalencia de otros tipos de enfermedades. Una de las principales conclusiones fue que, como grupo, los trastornos mentales presentaban una alta prevalencia-año. Incluso en el caso de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, con las más bajas prevalencias dentro de los trastornos mentales (inferior a 1%), presentaban una mayor prevalencia que muchas otras enfermedades y problemas de salud. La depresión mayor, las fobias y el abuso o dependencia del alcohol presentaron una prevalencia del 5% y, los trastornos de la personalidad un 9%.

En el ámbito de la atención primaria no existen estudios epidemiológicos de base poblacional. Únicament dentro del territorio estatal, en Cataluña, para población mayor de 18 años representativa de la Comunidad Autónoma, Serrano-Blanco et al. (2010) se dispusieron a determinar la carga de enfermedad debida a morbilidad mental, para lo cual diseñaron un cribado de una fase. El principal resultado fue que la carga global de prevalencia-año estuvo en 30,2%, y el más común de los trastornos mentales detectados fue la depresión mayor (9,5%).

4.4. ESTUDIOS DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

4.4.1. DATOS MUNDIALES

La OMS publica el primer estudio comparado de base poblacional sobre los trastornos mentales en la infancia y adolescencia en 2005. En él se estima una prevalencia entorno al 20% en diversos países y contextos culturales (WHO, 2005). La prevalencia de trastornos mentales en infancia y adolescencia obtiene rangos muy abiertos que van del 12% al 29% y, de entre estos casos, sólo un 10%-22% son reconocidos por atención primaria de salud, lo cual implica que la mayoría de los niños y adolescentes no reciben el servicio que necesitan. Y además se considera que muchos de los problemas, al ser catalogados de subclínicos, no se pueden beneficiar de las intervenciones ni del reconocimiento de su existencia. En el Cuadro 2 se muestra la cronología de más frecuente aparición de una selección de trastornos mentales.

Cuadro 2. Cronología de aparición de trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

	<i>Edad (años)</i>																	
Trastorno	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Vínculo	X	X	X															
T. Generaliz. Desarrollo	X	X	X	X	X	X												
Tr. De Conducta			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estado de ánimo y tr. ansiedad						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consumo de drogas												X	X	X	X	X	X	X
Psicosis del adulto															X	X	X	X

Fuente: WHO (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans.*

Entre los 4 y los 6 años el más común de los trastornos es TDAH y los Trastornos de Conducta. Dado que los síntomas difieren en función de la categorización diagnóstica empleada, los datos varían pero se acepta una proporción de un 10% en niños y un 5% en niñas (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997)

En Europa, alrededor del 80% de la población joven refiere un buen nivel de bienestar. Pero uno de cada cinco niños y adolescentes sufre problemas emocionales, de comportamiento o desarrollo. Un 4% entre los 12-17 años y un 9% a los 18 sufre de depresión. Los trastornos en la infancia son importantes precursores de los trastornos mentales del adulto: uno de cada tres adultos con depresión sufrió su primer episodio antes de los 21 años. Éstas son algunas de las principales conclusiones publicadas por la Comisión Europea en 2004.

En Gran Bretaña, la Office for National Statistics, posiblemente la entidad de más amplia trayectoria en materia epidemiológica y, especialmente, en salud mental, publicó un estudio de base poblacional (Green, McGinnity, Meltzer, Ford y Goodman, 2005) encontrando una carga del 10% de morbilidad psíquica en infancia y adolescencia, distinguiendo un 8% para niñas y 11% para niños. En esta encuesta se utilizó el cuestionario SDQ (Strengths and Difficultties Questionnaire) de Robert Goodman.

Posteriormente, Meltzer (2007) en un estudio de cribado de doble fase poblacional, en una muestra representativa de entre 5 y 15 años, encontró una prevalencia total de trastornos mentales muy similar (9,5%), concluyendo que uno de cada diez niños británicos tenía, al menos, un trastorno catalogado en la CIE-10.

4.4.2. MUESTRAS COMUNITARIAS. ENCUESTAS DE SALUD

A partir de un cuestionario diseñado por sir Michael Rutter, Robert Goodman diseñó el SDQ, cuestionario de 25 ítems que recoge diversa morbilidad psíquica, de probada eficacia para la valoración de la prevalencia en muestras comunitarias y en atención

primaria. Entre sus limitaciones destaca que no recoge todos los trastornos, por ejemplo, los TCA, los trastornos de eliminación o del sueño y otros más complejos como autismo o psicosis. En cambio, por su brevedad, sencillez de aplicación y corrección, proporciona un nivel de parsimonia superior a ningún otro instrumento. Ofrece una banda amplia de trastornos externalizantes e internalizantes, junto con una escala positiva que mide la conducta prosocial (Goodman, 1997; Goodman, 2001; Goodman, Ford, Simmons, Gatward y Meltzer, 2000). Las propiedades del SDQ han sido comparadas en diferentes ocasiones con las del Children Behavioral Checklist de Achenbach con excelentes resultados (Goodman y Scott, 1999; Janssens y Deboutte, 2009). Recientemente, en nuestro país, ha sido validado para población de 3-4 años de edad (Ezpeleta et al., 2012).

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud de 2006 empleó el SDQ en su versión para padres y arrojó cifras de entre un 10% y un 20% de población menor de 18 con riesgo de mala salud mental, siendo la presencia de un problema grave cifrada entre un 4,6% de los casos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006). Como instrumento de medida se utilizó el SDQ, en su versión para padres y se aplicó la baremación de Rodríguez-Fernández (2006; 2012).

Como vemos, en España se está usando el SDQ en la Encuesta Nacional de Salud desde 2006 (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2006) y, en la Comunidad Autónoma Valenciana fue introducido en población infantil y adolescente en 2010, siendo esta doctoranda colaboradora y responsable técnico al respecto (Viedma, 2010). Tanto en la encuesta nacional, como en la valenciana, el valor hallado de riesgo de mala salud mental fue el mismo: 6%.

El SDQ también ha tenido una aplicación en muestras comunitarias en casi la totalidad de los países europeos. Así, por ejemplo, en Alemania, con el estudio BELLA liderado por Ravens-Sieberer (2008), estudio de cribado poblacional tipo encuesta de salud, se obtuvo una cifra de 14,5% de riesgo de mala salud mental; en Dinamarca, con el estudio denominado The Copenhagen Child Cohort 2000 (Elberling, et al. 2010), tan sólo alcanzó el 4,8%; en Rusia, el propio Goodman junto con Helena Slobodskaya y

Gennadij Knyazev (2005) encontraron que, entre un 15% chicas y un 27% chicos, presentaban riesgo de mala salud mental, siendo, además un estudio aleatorizado de doble fase.

Parece ser que éste es un camino prometedor para unificar los datos epidemiológicos tanto en muestras comunitarias, como en atención primaria.

4.4.3. ESTUDIOS LOCALES DE PREVALENCIA

Gómez-Beneyto et al. (1994) realizó el primer estudio epidemiológico en la ciudad de Valencia, de doble fase, para la determinación de la prevalencia de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia. A pesar de los años, y de seguir los criterios del DSM-III-R, sigue siendo el estudio más citado al respecto en nuestro país, dada la metodología rigurosamente empleada. Se describieron las prevalencias para tres cortes de edad: 8, 11 y 15 años y para una selección de trastornos mentales. Los datos más relevantes, de acuerdo con estos tres cortes de edad fueron: para el trastorno de eliminación se encontraron un 11,1%, un 2,2% y un 0%; para el TDAH: un 14,4%, un 5,3% y un 3,0%; para el Trastorno del Sueño: un 0,7%, un 4,4% y un 4,9%; y, finalmente, para la Conducta Perturbadora: un 1,7%, un 4,1% y un 6,9%.

En un estudio posterior, Andrés, Catalá y el propio Gómez-Beneyto (1999) se propusieron realizar un abordaje epidemiológico sobre los Trastornos de la Conducta Disruptiva, apoyándose en el hecho de que son precursores de comportamiento psicopático en el adulto. Así los autores señalan que “los niños, particularmente varones, con alteraciones de la conducta, tienen riesgo de consumo de alcohol y otras drogas, delincuencia, mal ajuste en trabajo y académico” (Andrés, Catalá y Gómez-Beneyto, 1999). El estudio, de base poblacional, seleccionó una muestra aleatorizada y representativa de los niños de 10 años de la ciudad de Valencia y se realizó un diagnóstico en el hogar conducido por psiquiatras y psicólogos. La psicopatología más frecuente fue TDAH, con una prevalencia del 10,8% para niños y 5,4% para niñas. En segundo lugar, el trastorno oposicionista desafiante obtuvo una prevalencia de 4,9%

en niños, frente a 2,5% en niñas y, por último, para el trastorno de conducta los valores oscilaron entre el 3,2% en niños y el 0,5 en niñas.

Un dato que resultó muy significativo fue que tan sólo el 37,2% de las familias había buscado ayuda o cuidados sanitarios. El estudio presenta un rigor metodológico impecable, tal y como hemos señalado con anterioridad, pero lamentablemente la tasa de respuesta de la población fue baja, por lo que los amplios intervalos de confianza para las prevalencias halladas deben proporcionarnos cierta reserva.

Sandoval, Lemos y Vallejo (2006) realizaron un estudio de prevalencia de carga total de morbilidad en una muestra –no aleatorizada- de 2822 escolares de Asturias y de Madrid. Tras administrarles el YSR de Achenbach, por tanto, un cribado de una sola fase, obtuvieron una carga total de morbilidad entre el 2% y el 10%, en función de punto de corte utilizado (sea el marcado por el autor del cuestionario, sea la media aritmética más una desviación típica).

Por último, en el estudio de Fonseca-Pedreo, Paino, Lemos y Muñiz (2011) se describió la prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles de 14 a 17 años, a través del SDQ-autocumplimentado. Los resultados ofrecen el análisis ítem a ítem del SDQ y la prevalencia a la que se alude es, en realidad, la proporción de ítems contestados de determinada manera dentro de la muestra, por lo que no podemos obtener prevalencias *sensu stricto*.

4.4.4. ESTUDIOS CON MUESTRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

En la Comunidad Autónoma de Madrid fue publicado un estudio sobre la prevalencia de trastornos mentales en la infancia y adolescencia en atención primaria (Esteban-Vasallo, M.D. et al., 2009). En dicho estudio se calculó la prevalencia (por mil) de diversa psicopatología atendida en Atención Primaria, hallada en 2007, tomando con fuente el SIP, lo que despeja cualquier duda acerca de la representatividad de la muestra.

Se distinguieron dos intervalos de edad: para el primero, de 1 a 4 años, se obtuvo datos de carga total de morbilidad de 11% para niños y 9% para niñas; para el siguiente intervalo, entre los 5 y los 14 años, obtuvieron una carga total de morbilidad mental de 35% para niños y 25% para niñas. Cifras estas últimas que superan ampliamente el intervalo más comúnmente hallado y que, en cualquier caso, no sobrepasa el 20%.

En cuanto al tipo de problema atendido, éste varía en función de la edad:

- 1-4 años:
- 1º: problemas específicos del aprendizaje (N=2.392)
 - 2º: trastornos del sueño (N=1998).
 - 3º Signos/síntomas problema de comportamiento niño (N=4.087)
 - 4º Enuresis (N=597)
 - 5º Problemas de conducta (463=N)
- 5-14 años:
- 1º Niño hiperactivo (5.539)
 - 2º Enuresis: 5423
 - 3º Signos/síntomas comportamiento niño (N=4.087)
 - 4º Problemas específicos del aprendizaje (N=3.853)
 - 5º Trastornos de la memoria (N1196)

Como se puede comprobar, no se sigue ninguna clasificación diagnóstica al uso completamente, ni CIE ni DSM, e incluso se describen en ocasiones síndromes y, en otras ocasiones, síntomas, lo cual está reflejando la realidad de la consulta pediátrica en atención primaria y está mediando sobre los datos totales.

Recientemente se ha publicado el último informe del Estado de Salud de la Comunidad de Madrid (Astray, J., Domínguez, M^aF., Esteban-Vasallo, M.D., Gènova, R. y Velázquez, L., 2012) y en el que destaca el aumento de los casos diagnosticados de hiperactividad

en atención primaria, en el intervalo de 5-14 años, ascendiendo a 7738. En este nuevo informe no se aportan datos referidos a tasas poblacionales, por lo que resulta imposible comparar las magnitudes.

En otro estudio, firmado por la doctoranda junto con Ballester, Salmerón y Gil (2012), se obtuvo la prevalencia de morbilidad atendida en atención primaria en la Comunidad Valenciana, para la franja de edad entre 3 y 14 años. Se seleccionaron determinados problemas de salud mental mediante la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana. La prevalencia total (por 10.000) de morbilidad mental atendida fue de 351 (IC: 330-372), 491 (IC:456-525) para niños y 202 (IC:179-226) para niñas.

4.4.5. ESTUDIOS CON MUESTRAS CLÍNICAS

Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil (2000) realizaron un estudio de diagnóstico en muestra clínica derivada a servicios especializados en salud mental. Para un total de 404 sujetos, en una proporción de 2/3 a 1/3 varón-hembra, la tasa de diagnóstico más elevada fue la de trastornos de conducta, con un 23,0%, seguido de los trastornos depresivos con un 14,6% y, en tercer lugar, los de ansiedad con un 13,3%. Los datos corresponden a una comarca muy concreta de la Comunidad de Madrid, reflejando la demanda real de tratamiento recibida en un Centro de Salud Mental entre 1990 y 1996.

López-Soler et al. (2009), sobre una muestra clínica derivada a salud mental desde atención primaria, en una proporción de 2/3 frente a 1/3 varones/hembras, de edades comprendidas entre 6 y 12 años, obtienen proporciones que van desde un 13,0% para problemas de conducta, hasta un 17,0% para TDAH y un 17,7% para el trastorno oposicionista desafiante. Estos porcentajes, proporciones intramuestra que no prevalencias, corresponden a una manera de corregir los resultados tras la administración del cuestionario, en este caso el CBCL de Achenbach (cribado de una fase, por tanto) y que consisten en la media aritmética más una desviación típica. En cambio, si se utilizan los criterios de Achenbach, las cifras cambian considerablemente,

obteniendo un 28,3% para el trastorno oposicionista desafiante, un 40,6% para TDAH y un 44% para problemas de conducta.

Este estudio ilustra los problemas epidemiológicos derivados no sólo de la administración de diferentes pruebas para poder comparar cifras entre los estudios, sino los diferentes criterios de corrección que se pueden utilizar. La pregunta que surge es: ¿qué proporción es la real? Veamos otro ejemplo al respecto.

López-Soler et al., en un estudio publicado en 2010, se centran en los problemas de corte internalizante y obtienen valores de 32% para problemas afectivos, 53,7% para problemas de ansiedad y 28,7% para quejas somáticas, con el criterio de corrección de Achenbach; o bien, 14,3% para quejas somáticas, 17% para problemas afectivos y 17,3% para problemas de ansiedad, con el criterio de corrección de la media aritmética más una desviación típica.

4.4.6. ESTUDIOS SOBRE TRASTORNOS ESPECÍFICOS

Como hemos podido comprobar, no hay estudios epidemiológicos estatales sobre salud mental de la infancia y adolescencia. Las encuestas de salud son cribados de una fase con el grueso de falsos positivos y negativos incorporado. Los estudios en atención primaria no se prodigan, presentado el llevado a cabo en la Comunidad de Madrid múltiples áreas susceptibles de mejora, a pesar de que la obtención de caso vía SIP es un comienzo esperanzador. Los estudios con muestras clínicas presentan las limitaciones de constituir la morbilidad del Nivel 4 de la pirámide de Goldberg y Huxley, además de representar exclusivamente los problemas de salud mental que son atendidos en el sistema público de salud. El estudio que más se aproxima a un estudio de prevalencia de base poblacional es el de Gómez-Beneyto (1994) y posteriormente el de Andrés, Catalá y el propio Gómez-Beneyto (1999), pero se encuentran únicamente circunscritos a la ciudad de Valencia y, como hemos señalado, participan de determinadas limitaciones que comprometen la generalización de sus resultados.

Por otro lado, existen algunos estudios de ámbito local, con una metodología muy concreta, y que hacen referencia a trastornos específicos. A continuación mencionamos dos de ellos, por su importancia cuantitativa: el primero, sobre TDAH, la psicopatología más prevalente en primera y segunda infancia; y, el segundo, los Trastornos de la Conducta Alimentaria, la psicopatología más prevalente en la adolescencia y con mayor tasa de mortalidad de todos los trastornos mentales.

4.4.6.1. Estudios sobre TDAH

El TDAH es uno de los trastornos mentales del niño y del adolescente más prevalentes, siendo una de las razones más frecuentes por las que los niños son remitidos por el pediatra al equipo de salud mental. Las tasas de prevalencia son muy dispares, hallándose tasas mundiales en torno al 5,3% (Polanczyk, de Lima, Horta, Diederma y Rohde, 2007). En nuestro contexto, Cardo (2007) halla para la isla de Mallorca una prevalencia del 4,6% en escolares de 6 a 11 años, siendo un trastorno más frecuente en varones que en mujeres, en una relación entre 2,5:1 a 5,6:1 y, así mismo, es muy frecuente la presentación de comorbilidad (Alda, 2009).

En una revisión sistemática reciente, Catalá-López et al. (2012) encuentran 14 artículos publicados en España, hasta la fecha, y obtienen una prevalencia agrupada del 6,8%.

4.4.6.2. Estudios sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria

Por último, no quisiéramos acabar sin realizar una especial mención a los trastornos de la conducta alimentaria, carga principal de enfermedad mental en la adolescencia y el trastorno mental con la mayor tasa de mortalidad. Desde un punto de vista epidemiológico, en el ámbito de la Comunidad

Valenciana, fue realizado por el Dr. Rojo y su equipo un estudio de cribado de doble fase (cuestionario y entrevistas), partiendo de una muestra comunitaria y representativa de la población adolescente valenciana, de entre 12 y 18 años. Las cifras obtenidas fueron: una prevalencia del 2,91%, la relación por sexos fue de 6,7 a 1. Al incluir en el análisis estadístico, junto a la anorexia nerviosa y a la bulimia, a los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), la prevalencia ascendió a un 5,56%, con una relación por sexos de 9 a 1 (Rojo et al., 2003).

A lo largo de estas páginas hemos podido comprobar cómo el ámbito de estudio de la presente tesis es tremendamente reciente: la epidemiología de la salud mental y, específicamente, la epidemiología de la salud mental infantil y adolescente apenas lleva una década de andadura.

Más aún, en nuestro país podríamos afirmar que todavía está en pañales. Todo lo cual nos motiva con entusiasmo a emprender este trabajo, único hasta la fecha, que fotografiará aquellos problemas de salud mental infantil y adolescente atendidos en las consultas de pediatría de atención primaria de la Comunidad Valenciana, de manera representativa para toda la población de 3 a 14 años, y a lo largo de todo un año, el 2009.

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5.1. OBJETIVOS

El objetivo principal de la presente tesis es determinar la magnitud y características de los problemas de salud mental atendidos en atención primaria de salud de la Comunidad Valenciana, en población de 3 a 14 años, durante 2009.

Los objetivos específicos son:

1. Determinar la prevalencia de los problemas de salud mental atendidos en atención primaria de salud, en población pediátrica (3-14 años) en la Comunidad Valenciana.
2. Describir la distribución de dichos problemas de salud en función de la edad y el sexo.
3. Conocer si los problemas de salud mental detectados tienen una repercusión sobre los contextos de desarrollo del niño y adolescente, y en qué medida repercuten.
4. Conocer la comorbilidad que se presenta.
5. Describir la actitud terapéutica adoptada por el pediatra y estudiar su posible relación en función del tipo de problema de salud mental diagnosticado.
6. Estudiar la relación existente entre los diversos factores de riesgo recogidos y los problemas de salud mental detectados.

5.2. HIPÓTESIS

1. La prevalencia de algunos de los problemas de salud mental evaluados será elevada y diferirá en función de la edad y el sexo.
2. Los problemas de salud mental más detectados guardarán relación con un abanico de conductas disruptivas que impactarán, en primer lugar, en el hogar y, por lo tanto, serán psicopatológicamente compatibles, bien con TDAH, bien con el espectro de alteraciones externalizantes.
3. Los problemas de salud mental, de índole externalizante, quedarán asociados al sexo masculino y los de índole internalizante se asociarán, en mayor medida, a los del sexo femenino.
4. Los problemas de salud mental variarán en función de la edad, presentándose a edades más tempranas, psicopatología compatible con trastornos de la eliminación y, a edades más tardías, problemas externalizantes y trastornos de la conducta alimentaria.
5. La comorbilidad tendrá una presencia importante en los casos detectados.
5. La decisión terapéutica adoptada por el pediatra será, mayoritariamente, la derivación.
6. Los factores de riesgo asociados a los distintos problemas de salud mental prioritariamente tendrán relación con el papel que la familia ejerce en el desarrollo de sus miembros más pequeños.

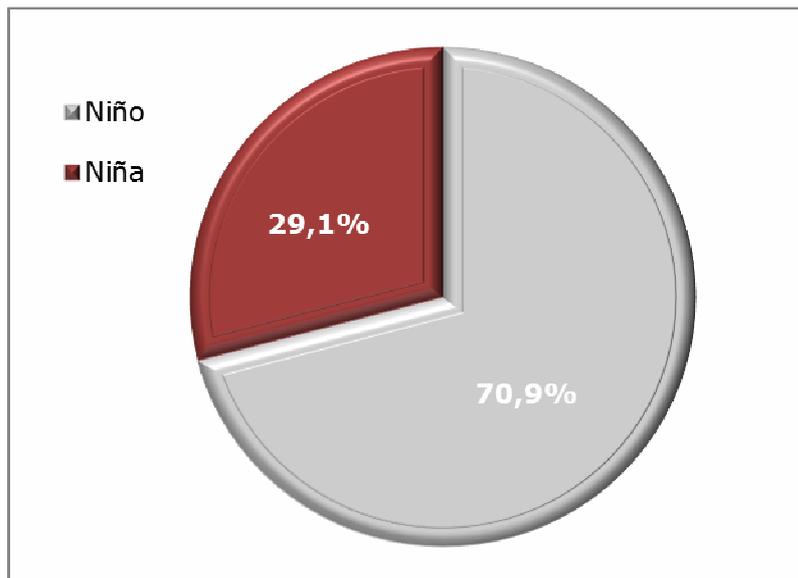
CAPÍTULO VI

CAPÍTULO VI. MÉTODO

6.1. PARTICIPANTES

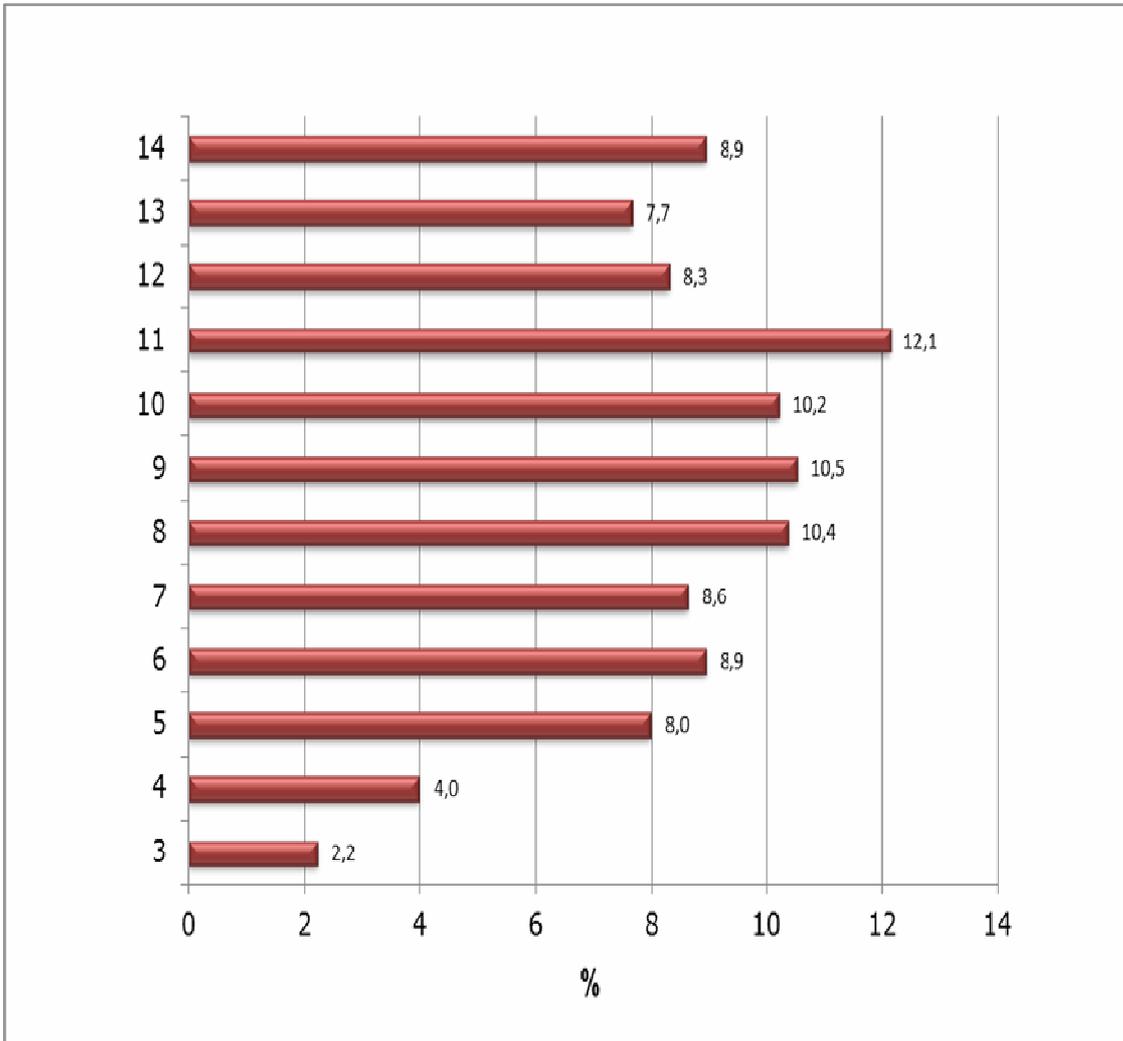
La muestra estuvo compuesta por un total de 626 sujetos, de edades comprendidas entre los 3 y los 14 años. De ellos, 444 (70,9%) fueron de sexo masculino y 182 (29,1%) fueron de sexo femenino (Figura 2).

Figura 2. Distribución de casos según sexo



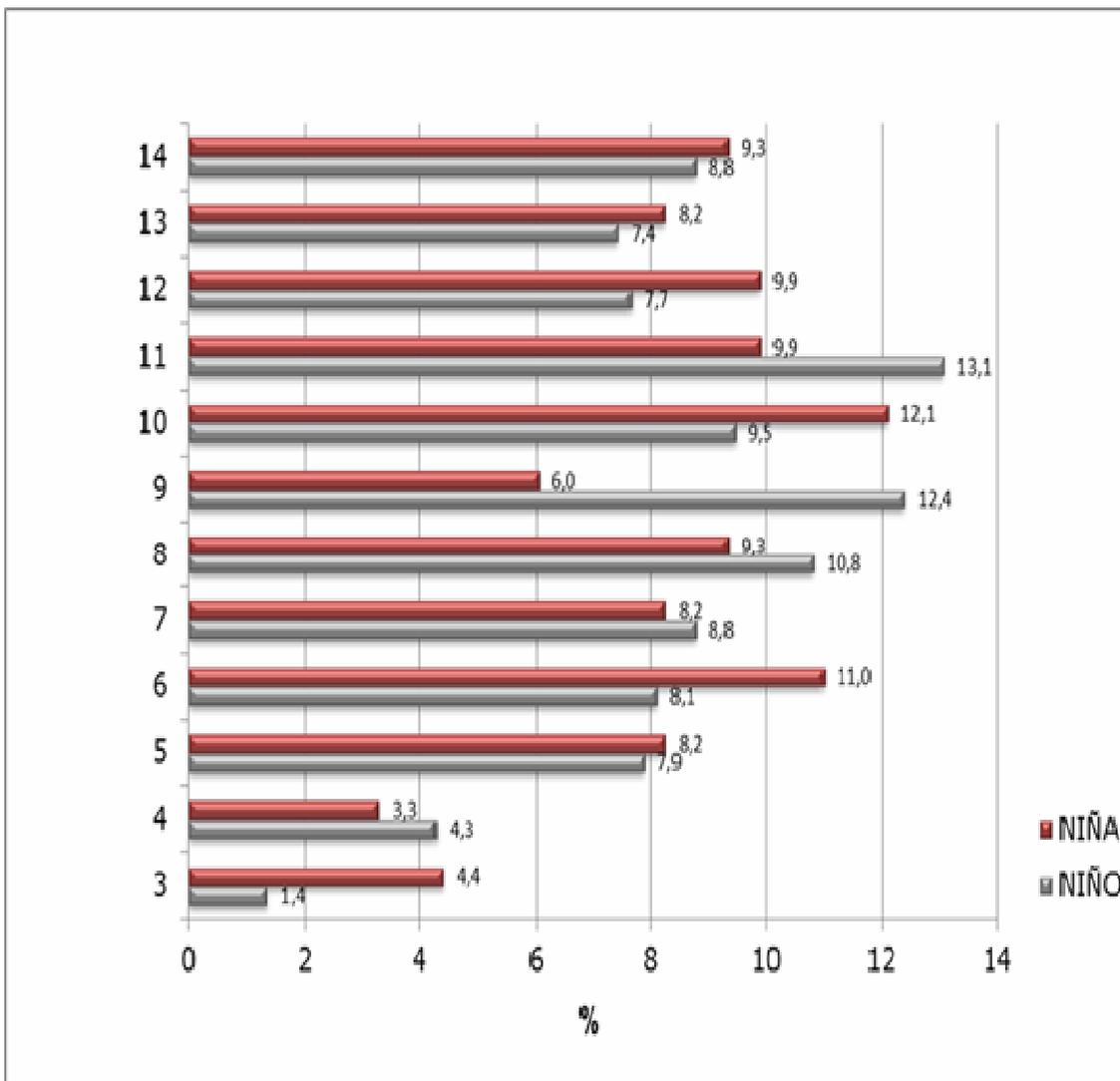
La media de edad fue de 9,15 años (DT=3,02). La edad más representada fueron los 11 años, ascendiendo a 76 casos (12,1%), siendo los 3 y 4 años las edades con menor número de casos notificados (Figura 3).

Figura 3. Distribución de casos según edad



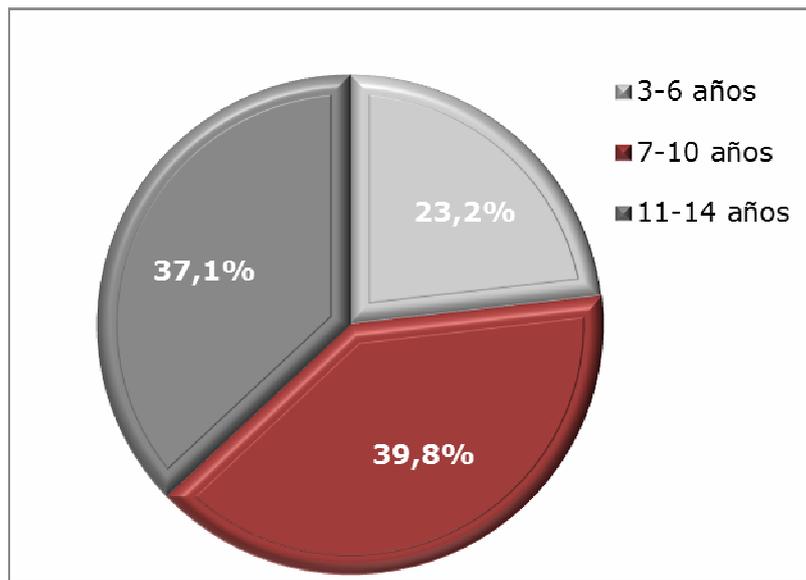
La Figura 4 muestra una distribución diferenciada de casos en función del sexo y las diferentes edades y, en ella podemos ver cómo en el sexo masculino son los 11 años y los 9 años los más representados, con 58 casos (13,1%) y 55 casos (12,4%) respectivamente. Mientras que en el sexo femenino, la edad que acumula más casos son los 10 años (22 casos, 12,1%) y los 6 años (20 casos, 11%). No obstante, la media de edad para los niños fue de 9,18 (DT= 2,9) y la de las niñas fue de 9,07 (DT=3,2), no habiendo diferencias significativas entre ambas medias ($t=0,446$, $p=0,656$).

Figura 4. Distribución de casos según sexo y edad



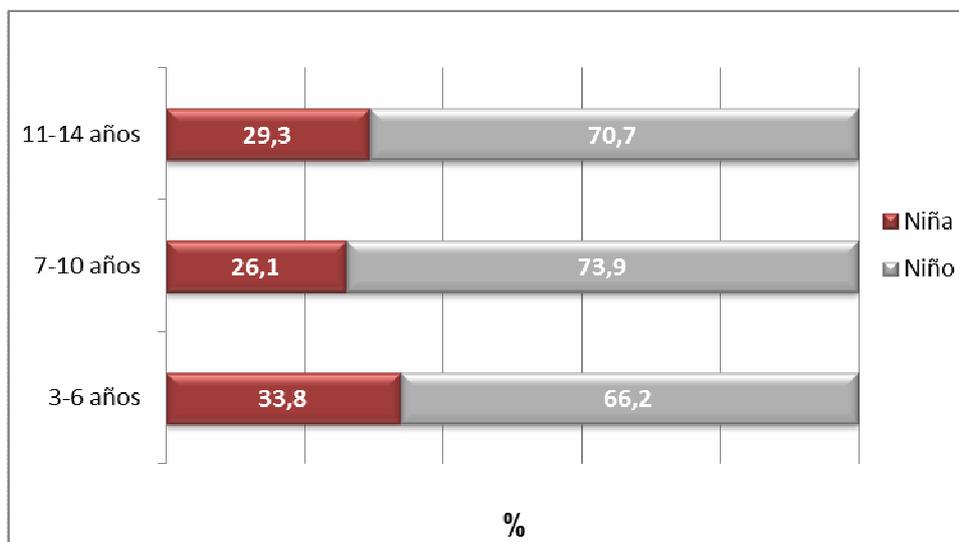
Por grupos de edad, el intervalo comprendido entre los 7 y los 10 años incluyó un total de 249 casos (39,8%); en segundo lugar figuró el grupo entre los 11 y los 14 años, con 232 (37,1%); y, finalmente, el grupo de edad entre los 3 y los 6 años presentó 145 casos (23,2%) (Figura 5).

Figura 5. Distribución de casos por intervalos de edad



La Figura 6 muestra la proporción de niñas y niños dentro de cada grupo de edad, observándose una distribución por igual sin diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad ($\chi^2=2,637$, $p=0,268$).

Figura 6. Distribución de casos en función del sexo e intervalo de edad



En las figuras 7 y 8 aparece la distribución proporcional de casos según grupo de edad para cada sexo, no existiendo diferencias significativas entre ambas distribuciones ($\chi^2=2,637_{(2)}$, $p=0,268$).

Figura 7. Distribución de casos en niños por intervalos de edad

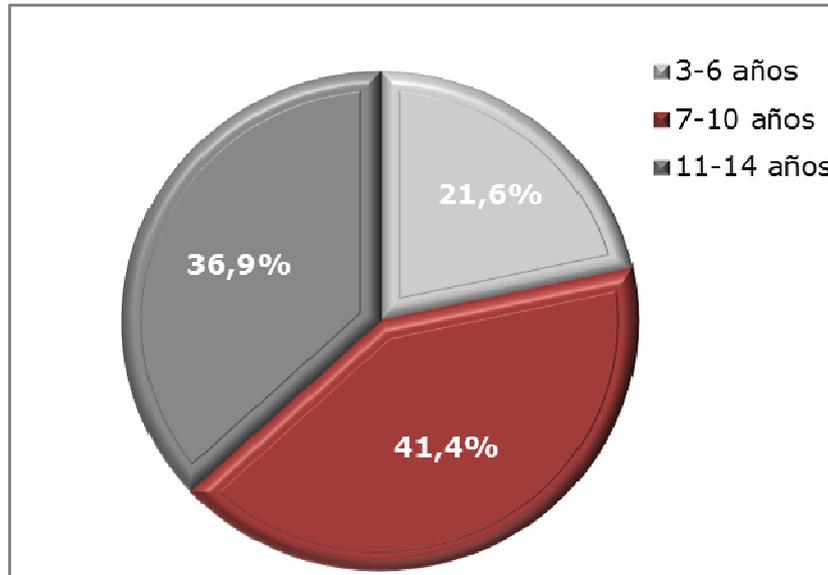
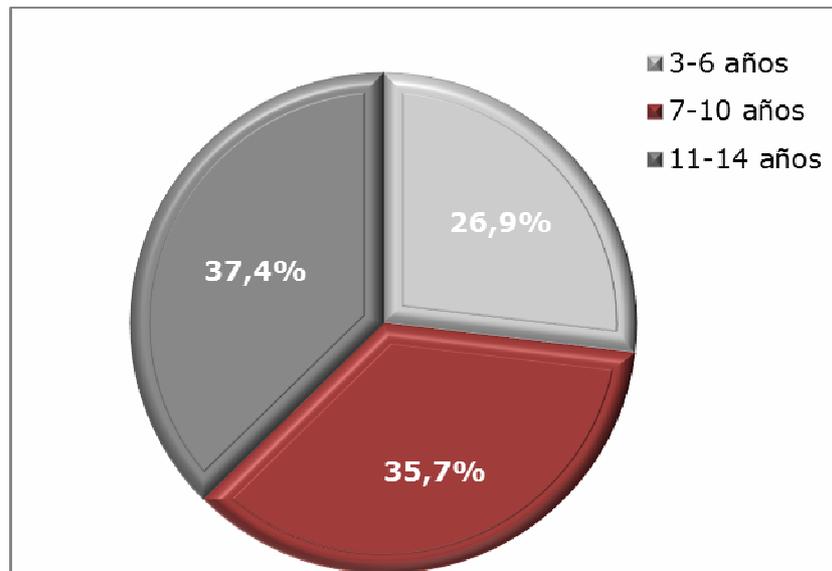


Figura 8. Distribución de casos en niñas por intervalos de edad



Finalmente, la Tabla I recoge, además de estas características muestrales generales, el país de procedencia de la familia. Así tenemos que, un total de 579 casos (92,5%) fueron de España y 18 casos (2,9%) de Latinoamérica.

Tabla I. Características generales de los casos notificados por la RCSCV en 2009: Problemas de salud mental detectados en pediatría de atención primaria.

	n	(%)
<i>Total</i>	626	
<i>Sexo</i>		
Niño	444	(70,9)
Niña	182	(29,1)
<i>Edad (años)</i>		
3-6	145	(23,2)
7-10	249	(39,8)
11-14	232	(37,1)
<i>Procedencia</i>		
España	579	(92,5)
Latinoamérica	18	(2,9)
Europa Oriental	10	(1,6)
Europa Occiden	9	(1,4)
Norte de África	9	(1,4)
Asia	1	(0,2)

RCSCV= Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana

6.2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El instrumento de medida consistió en un formulario estandarizado y diseñado por la Comisión de Expertos de la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana (RCSCV), a lo largo de una serie de reuniones. A criterio de los facultativos especialistas en pediatría integrantes en la Comisión de Expertos se elaboró un listado o repertorio conductual de, por un lado, los problemas de salud mental epidemiológicamente más habituales en su consulta, y, por otro lado, aquellos que a criterio de los facultativos de la Comisión podría ser de interés epidemiológico vigilar y cuantificar. No se siguieron expresamente ni los criterios de la CIE ni el DSM para la identificación de los problemas de salud mental a vigilar, puesto que el objetivo no era clínico, sino epidemiológico, aunque por la práctica clínica y formación, el universo taxonómico preponderante fue la CIE. En definitiva, fue una selección cualitativa a través de grupo de discusión cualificado.

El formulario tomó el nombre de Formulario de Registro de Problemas de Comportamiento en la Infancia y Adolescencia, en sintonía con la formulación que aparece en la CIE, a la sazón, la clasificación de enfermedades más utilizada en atención primaria de nuestro país. Sin embargo, para esta tesis hemos optado por la denominación genérica 'problemas de salud mental', puesto que pensamos que se ajusta más al barrido psicopatológico que se realiza, ciertamente, heterogéneo en cuanto a su nomenclatura, aproximación taxonómica y entidad clínica.

El formulario (Cuadro 3) recoge datos identificativos para los sistemas de información sanitaria (SIP), datos de edad, sexo y país de nacimiento, así como año de llegada a España de la familia, en su caso.

En primer lugar, se seleccionaron aquellos problemas de salud mental que se consideraron más habituales y sencillos de detectar en consulta, especialmente, entre los pacientes de menor edad: enuresis, encopresis y alteraciones del sueño. El resto de problemas de salud mental seleccionados para vigilar se ajustaban, por un lado, a patologías presumiblemente más prevalentes, como el TDAH o la anorexia y la bulimia,

y, por otro lado, dentro del espectro ansiógeno, a las fobias, sencillas de detectar por la familia y consultada su gravedad en el Centro de Salud. Así mismo, se formuló un conjunto de dificultades de la comunicación, de diferente filiación: tartamudeo, timidez, mutismo. Se incluyó la categoría de psicosis que, por tradición biomédica, incluye tanto los trastornos psicóticos *sensu stricto*, como los trastornos del espectro autista. Los problemas de salud compatibles con el trastorno de conducta, por su especial e innegable repercusión social, se decidió que serían recogidos síntoma a síntoma: agresiones a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo y violación grave de reglas. Por último, dado que la edad pediátrica alcanza los 15 años menos un día, se consideró pertinente, desde la óptica de la salud pública, recoger la presencia de problemas adictivos, bajo el epígrafe 'abuso de drogas, alcohol, tabaco', así como, el comportamiento suicida, a pesar de que, *a priori*, se esperaba un número muy reducido de casos.

Como podemos comprobar, se trata de un listado no exhaustivo de problemas de salud mental, seleccionados bajo determinados y diversos criterios, y con una vocación eminentemente práctica que hiciera plausible la recogida de la información.

Tradicionalmente, los formularios de vigilancia en salud pública recogen factores de riesgo asociados al problema de salud elegido para vigilar. En esta ocasión, se seleccionaron un subconjunto de los mismos, la mayoría de ellos relacionados con disfunciones familiares (ver Cuadro 3).

Con el fin de determinar las consecuencias contextuales de los problemas de salud mental detectados, es decir, sobre qué áreas de desarrollo relacional repercutía negativamente el problema de salud mental, se definieron las siguientes Áreas de impacto: Familia, Escuela, Grupo de Compañeros, Actividades (deporte, aficiones).

Finalmente, se recogió cuál fue la decisión clínica adoptada por el facultativo especialista en pediatría, una vez valorado el caso clínicamente. Bajo la categoría Actitud Terapéutica, fueron incluidos: Consejo o apoyo, Terapia Farmacológica, Derivación e Imposible Actuar.

En todos los grupos de ítems siempre se incluyó uno adicional, denominado 'Otros'. Todas las categorías eran contestadas en función de su presencia/ausencia, no siendo excluyentes, es decir, se podía, dentro de un mismo paciente, notificar varios problemas de salud mental a un tiempo (comorbilidad), varios factores de riesgo que el pediatra consideraba que estaban incidiendo, varias áreas de impacto del problema detectado y, obviamente como es habitual en la praxis pediátrica, se podía adoptar varias actitudes terapéuticas.

El formulario contó con la supervisión de los responsables del área de salud mental de la Conselleria de Sanidad y fue aprobado para su implantación durante todo el ejercicio 2009.

Cuadro 3. Formulario de Registro de Problemas de Comportamiento en la Infancia y Adolescencia. RCSCV, 2009.

NÚMERO DE SIP	<input type="checkbox"/>	FECHA DE COMUNICACIÓN	<input type="checkbox"/>
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	SEXO (1. Hombre / 2. Mujer)	<input type="checkbox"/>
PAÍS DE NACIMIENTO		AÑO DE LLEGADA A ESPAÑA	
Del niño o niña	_____		_____
De la madre	_____		_____
Del padre	_____		_____
TIPO DE COMPORTAMIENTO		IMPACTO DEL COMPORTAMIENTO	
Encopresis	<input type="checkbox"/>	(Áreas de desarrollo sobre los que repercute el problema de salud mental detectado)	
Enuresis nocturna	<input type="checkbox"/>	Familia	<input type="checkbox"/>
Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/>	Escuela	<input type="checkbox"/>
Fobias	<input type="checkbox"/>	Grupo de compañeros	<input type="checkbox"/>
Psicosis: autismo, esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	Actividades (deporte, aficiones)	<input type="checkbox"/>
Trastorno por déficit de atención (TDAH)	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Especificar: _____
Tartamudeo, timidez, mutismo selectivo	<input type="checkbox"/>		
Anorexia	<input type="checkbox"/>	ACTITUD TERAPÉUTICA	
Bulimia	<input type="checkbox"/>	Consejo, apoyo	<input type="checkbox"/>
Abuso de drogas, alcohol, tabaco	<input type="checkbox"/>	Terapia Farmacológica	<input type="checkbox"/>
Comportamiento suicida	<input type="checkbox"/>	Derivación	<input type="checkbox"/> Especificar _____
Agresiones a personas o animales	<input type="checkbox"/>	Imposible actuar	<input type="checkbox"/> Especificar _____
Destrucción de la propiedad	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/> Especificar _____
Engaño o robo	<input type="checkbox"/>		
Violación grave de reglas	<input type="checkbox"/>		
Otros. Especificad: _____			
FACTORES DE RIESGO			
Absentismo escolar	<input type="checkbox"/>	Violencia intrafamiliar	<input type="checkbox"/>
Bajo nivel socioeconómico	<input type="checkbox"/>	Cambio frecuente de vivienda	<input type="checkbox"/>
Familia desestructurada o separada	<input type="checkbox"/>	Maltrato físico o abuso sexual	<input type="checkbox"/>
Enfermedad mental padres o abuso de sust.tóxicas	<input type="checkbox"/>	Negligencia	<input type="checkbox"/>
Procesos de separación o divorcio	<input type="checkbox"/>	Otros. Especificar: _____	

6.3. PROCEDIMIENTO

6.3.1. Fuente de datos

Para la realización de esta tesis necesitamos los datos correspondientes a las notificaciones epidemiológicas de la RCSCV. Para poder acceder a los mencionados datos, solicitamos los permisos pertinentes a la Comisión de Expertos de la RCSCV y al Área de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública, de la Conselleria de Sanidad, presentando solicitud formal y una memoria de proyecto de investigación.

En 2009, los pediatras integrantes de la RCSCV ascendían a un total de 34, quienes registraron los problemas de salud mental recogidos bajo el epígrafe de Alteraciones del Comportamiento sobre una población vigilada de 28.912 personas, dando así cobertura a más del 4% de la población real de la Comunitat Valenciana para el intervalo de edad de 3 a 14 años.

De acuerdo con los estándares de organización y funcionamiento de las Redes Centinelas Sanitarias, los pediatras centinelas fueron distribuidos atendiendo a criterios de proporcionalidad en cuanto a cobertura poblacional, de manera que la muestra obtenida fue representativa de la población de la Comunitat Valenciana para 2009 y para el intervalo de edad de 3 a 14 años.

6.3.2. Definición de caso

Se definió como caso a aquel paciente atendido en consulta por presentar un comportamiento que no se ajustaba a las expectativas de los padres y que revestía relevancia clínica a juicio del pediatra. Es decir, se registraron los casos cuya demanda provino de los padres, al observar o percibir en sus hijos un comportamiento no ajustado a lo habitual, inesperado, que les preocupaba y que, tras la evaluación por

parte del pediatra, éste constató que, efectivamente, había un problema de salud mental.

Con una periodicidad semanal, los formularios de recogida de la información descritos en el capítulo anterior, una vez cumplimentados, se remitieron –como se señaló en el Marco Teórico de esta tesis- al Área de Epidemiología correspondiente por demarcación territorial sanitaria, donde se informatizaron los datos. A los efectos epidemiológicos, cada caso se registró sólo una vez, a pesar de que el paciente pudiera volver a consulta pediátrica, bien por el mismo motivo, bien por un problema de salud distinto.

6.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En primer lugar se analizó la distribución por sexo y edad de los participantes. Para la variable edad, los casos se agruparon en tres intervalos (3-6, 7-10 y 11-14) atendiendo a los periodos evolutivos de primera infancia, segunda infancia y preadolescencia/adolescencia, y de manera que la muestra quedara proporcionalmente distribuida.

Los diferentes problemas de salud mental se analizaron individualmente, al tiempo que, de acuerdo con la nosología del DSM-IV se procedió a la agrupación, en primer lugar, de enuresis nocturna y encopresis en Alteraciones de la Eliminación; en segundo lugar, anorexia y bulimia quedaron agrupadas en Trastornos de la Conducta Alimentaria; finalmente, en tercer lugar, la Conducta Antisocial incluyó agresiones a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo y violación grave de reglas. Se comprobó su distribución proporcional y los diferenciales en función de los diversos intervalos de edad y sexo.

También se calcularon las proporciones y diferenciales por edad y sexo de los ámbitos de impacto, factores de riesgo y las diferentes actitudes terapéuticas o decisiones clínicas adoptadas por los pediatras.

Todos los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete SPSS-19 para PC. Se hallaron estadísticos descriptivos para las características generales de la muestra. Se calcularon las prevalencias de periodo (anuales) por 10.000 y sus intervalos de confianza al 95% para la muestra total, por sexo y por grupos de edad.

Para calcular los diferenciales por sexo e intervalo de edad, se utilizó la prueba χ^2 . Para todos los análisis se consideraron estadísticamente significativos los valores con $p < 0,05$.

Tras el estudio descriptivo y diferencial, se procedió a realizar un análisis multivariante mediante una regresión logística múltiple para cada uno de los problemas de salud mental (variables dependientes) y los diferentes factores de riesgo recogidos (variables independientes).

La actitud terapéutica denominada **derivación** obtuvo un tratamiento específico de los datos. En primer lugar se analizaron los diferenciales mediante la prueba χ^2 para los casos derivados y los no derivados para, a continuación, formular un análisis de regresión logística entre los casos derivados (variable dependiente) y los problemas de salud mental que presentaban (variables independientes).

En segundo lugar, se agruparon los posibles destinos especializados de dicha derivación, hasta dicotomizarlos en neuropediatría y salud mental, incluyendo ésta última tanto la derivación a psicología como a psiquiatría y, en general, a los dispositivos ambulatorios de salud mental de la Comunitat Valenciana. Se procedió a un análisis de regresión logística para cada una de ellas constituyendo los destinos de la derivación las variables dependientes, a las que se asoció, respectivamente, los diferentes problemas de salud mental detectados por el pediatra (variables independientes).

La variable **comorbilidad** fue definida como la presentación simultánea en un mismo sujeto de dos o más problemas de salud mental. Se hallaron los diferenciales por sexo y edad y se calculó un análisis de regresión logística tomando como variable

dependiente la comorbilidad y, como variables independientes a todos los diferentes problemas de salud mental detectados.

6.4.1. Estudios trasversales: prevalencia y odds-ratio

En el campo de la salud pública, la epidemiología ha desarrollado una serie de métodos de investigación para comprender cómo se comportan las enfermedades, los enfermos y el propio sistema de salud. Uno de los métodos de investigación conceptualmente más sencillos es el que se utiliza en los denominados estudios de prevalencia, cuya finalidad es estimar la frecuencia de algún fenómeno de interés en un momento dado. Debido a que el tipo de diseño epidemiológico más comúnmente utilizado para estimar prevalencia es el transversal, habitualmente se consideran como sinónimos (Roca y Muñoz, 1998). En definitiva, un estudio transversal ofrece una visión de lo que ocurre en un momento dado en una población determinada, lo que proporciona una fotografía instantánea de la realidad.

La prevalencia viene definida como la probabilidad de que un individuo de la población presente la enfermedad en un momento dado, en consecuencia, la prevalencia de una determinada enfermedad se estima dividiendo el número de casos que presentan la enfermedad por el número total de personas para las que la muestra estudiada es representativa (no por la misma muestra, como en muchos casos se suele hacer, porque entonces estamos hallando una proporción intramuestra, sin generalización posible). Su cálculo se realiza mediante el siguiente procedimiento:

$$P = \frac{\text{Nº de personas con la enfermedad o característica en un momento dado}}{\text{Nº de personas en la población expuesta al riesgo en el momento dado}} \quad (\times 10^n)$$

La prevalencia a menudo se expresa en casos cada 100 personas o cada 1000, 10.000 o 100.000, en función del volumen de casos. Puede tomarse en un momento puntual o a

lo largo de un periodo (por ejemplo anual), lo que se denomina prevalencia de periodo o prevalencia-año.

Además de la edad, varios factores influyen en la prevalencia: la gravedad de la enfermedad, la duración de la misma y el número de casos nuevos (Bonita, Beaglehole y Kjellström, 2008), tal y como se refleja en el Cuadro 4. Como la prevalencia depende de muchos factores es difícil establecer, a partir de dichos estudios, hipótesis de causalidad.

La prevalencia calculada a partir de los datos de un estudio epidemiológico es sólo una estimación puntual de la prevalencia que existe en la población. Esta estimación está basada en una muestra de la misma. Como consecuencia de la variabilidad biológica, esta estimación puntual difícilmente será idéntica a la real de la población. Por este motivo es frecuente que el investigador proporcione un intervalo que muy probablemente contenga la verdadera prevalencia de la población: intervalo de confianza de la prevalencia. El IC del 95% de una proporción P se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$P_i = P - 1.96 \times \sqrt{\frac{p \times (1-p)}{N}}$$

$$P_s = P + 1.96 \times \sqrt{\frac{p \times (1-p)}{N}}$$

La otra medida de asociación comúnmente utilizada en los estudios epidemiológicos transversales es el Odds-Ratio (OR) que indica cuántas veces la exposición a determinado factor de riesgo aumenta la posibilidad de tener la enfermedad. Es decir que, mientras la prevalencia es la probabilidad de que un individuo de la población presente la enfermedad en un momento dado, la Odds-Ratio es la razón entre la probabilidad de presentar la enfermedad y la probabilidad de no presentarla. En otras palabras, la OR refleja la probabilidad de desarrollar un problema de salud en el grupo

que presenta un factor (que se entiende asociado a la etiología del trastorno) frente al grupo que no tiene dicho factor o característica.

Cuadro 4. Factores de influencia en la variabilidad de la prevalencia

FACTORES DE INCREMENTO	FACTORES DE DISMINUCIÓN
Mayor duración de la enfermedad	Menor duración de la enfermedad
Prolongación de la vida de los pacientes sin curación	Elevada tasa de letalidad por la enfermedad
Aumento de casos nuevos (aumento de la incidencia)	Disminución de casos nuevos (disminución de la incidencia)
Inmigración de casos o de personas susceptibles	Inmigración de personas sanas
Emigración de personas sanas	Emigración de casos
Mejora de las posibilidades diagnósticas (mejor información)	Aumento de la tasa de curación de los casos

En el caso de que sea necesario ajustar simultáneamente por varios factores, si la variable dependiente es dicotómica, puede utilizarse la regresión logística para estimar la OR ajustada por diversas variables de confusión (Hosmer y Lemeshow, 1989). Por tanto, en la regresión logística se busca una ecuación que relacione una serie de exposiciones o factores de riesgo de interés (que se llamarán variables independientes, en contraposición a la enfermedad, que se llamará variable dependiente). Esta OR representa el efecto, ajustado por el efecto de las otras exposiciones, es decir, el efecto independiente de la exposición sobre la enfermedad.

6.4.2. Procedimiento seguido para el análisis de regresión logística

Cuando se dispone de una variable respuesta dicotómica y un conjunto de variables independientes, categóricas y/o cuantitativas, el modelo resultante será una regresión logística múltiple. La función logística es especialmente atractiva en epidemiología y presenta dos finalidades:

1. Predecir una determinada respuesta a partir de las variables predictoras o independientes, obteniendo una fórmula matemática que sirva para calcular la probabilidad de un suceso estudiado en un nuevo individuo en razón de los valores que presente de las diferentes variables incluidas en el modelo.
2. Calcular los riesgos ajustados o controlados para cada variable independiente (valorando si hay interacción o confusión)

A partir de los coeficientes de regresión de las variables independientes introducidas en el modelo se puede obtener directamente la OR de cada una de ellas, que corresponde al riesgo de tener el resultado o efecto evaluado para un determinado valor (cuántas veces es más probable que ocurra un evento respecto a que no ocurra), donde si el intervalo de confianza de dicha OR atraviesa el 1 no hay asociación y si no lo hace sí que la hay. Valores de OR mayores a 1 indican que el factor estudiado es un factor de riesgo, en tanto que valores de OR menores a 1 indican que el factor es un factor de protección.

El procedimiento consta de las siguientes fases:

A. Análisis bivariado preliminar

Para cada una de las variables dependientes se realizó, en primer lugar, los análisis necesarios para comprobar la existencia de relaciones con las variables independientes. Para proceder a este análisis bivariado, dado que la variable dependiente es dicotómica, el contraste se realizó a través de una χ^2 y mediante el

cálculo de la OR se evaluó la fuerza de la asociación; a través del intervalo de confianza (IC95%) de la OR se analizó la precisión de la medida de asociación y, finalmente, se comprobó la significación estadística del contraste asociada al estadístico (p).

Esto tiene como objetivo disponer de una primera aproximación a la estimación de la medida de la asociación, la OR, clasificando a las variables según el valor de esta medida y de su significación estadística en el contraste de hipótesis χ^2 , aun reconociendo que pudieran tratarse de estimaciones sesgadas si existiese confusión, o de estimaciones poco informativas si existiese interacción con una tercera variable.

B. Análisis multivariante.

B.1. Regresión logística simple.

Seguidamente se introdujeron en el modelo de regresión logística aquellas variables que en el análisis bivariado presentaron un valor de p menor o igual a 0,2, es decir, que se incluyeron tanto las estadísticamente significativas (para un nivel de significación de $p < 0,05$) como aquellas que, tras el análisis bivariado preliminar, demostraron una relación 'suficiente' con la variable dependiente, así como las clínicamente relevantes, de acuerdo con los criterios de Hosmer y Lemeshow (1989)

Los análisis para regresión logística simple o univariada se ejecutaron entrando cada vez en el modelo una de las variables independientes. Para cada uno de los análisis se calcularon los coeficientes de regresión (β), el error típico, el estadístico de Wald para evaluar la hipótesis nula ($\beta_1=0$), los grados de libertad, la probabilidad asociada, el valor de la razón de Odds (OR) estimada y el intervalo de confianza para la OR al 95% (IC_{95%}), todo ello en función de las variables que resultaron significativas.

Si β es positivo, el factor será mayor que 1, lo que significa que la odds aumenta; si β es negativo, el factor será menor que 1, en consecuencia la Odds decrece. Cuando $\beta=0$, el factor es igual a 1, lo que hace que la Odds no cambie.

Para evaluar la bondad de ajuste se utilizó la razón de verosimilitud (-2//) obteniendo el nivel de significación (resultado de la prueba ómnibus) y, finalmente, la R^2 de Nagelkerke, que proporcionó la varianza explicada por la introducción de la variable independiente.

B.2. Regresión logística múltiple.

Posteriormente, se realizó una regresión logística múltiple o multivariada en la que la prueba de aceptación o eliminación de las variables se basó en la probabilidad del estadístico de razón de verosimilitud (-2//). La selección de las variables candidatas a entrar en la regresión múltiple se realizó a través de las regresiones simples realizadas con anterioridad.

Se tuvo en cuenta que en las casillas de las tablas de contingencia de los análisis bivariados iniciales no hubiese ninguna celda con valor igual a 0. Así mismo, respecto al tamaño muestral se controló que, al menos, hubiese 10 casos por variable independiente introducida en el modelo multivariante.

Se analizó la posible multicolinealidad entre covariables, para lo cual se observaron las correlaciones entre las covariables. No obstante, la multicolinealidad no afecta al sentido de la estimaciones (no hace que aparezca significación donde no la hay y viceversa). Se observaron los posibles efectos de interacción, incluyéndose en el análisis, caso de hallarlos.

Se controlaron los posibles efectos de confusión, detectados cuando la OR que evalúa la fuerza de la asociación entre la variable dependiente y la variable independiente cambia de forma importante al introducir en la ecuación una tercera variable.

El modo de presentación de los resultados de la regresión logística multivariante para la probabilidad de cada uno de los problemas de salud mental (variable dependiente) se han presentado en una tabla donde se describen: β , ET, Wald, p, OR, IC_{95%} para OR para cada una de las variables y para la constante –como es habitual en la literatura

epidemiológica-, así como la R^2 de Nagelkerke, especificidad y sensibilidad obtenidas para el modelo.

C. Cálculo.

El análisis se realizó utilizando el algoritmo denominado “Paso a paso”, incluido en el paquete estadístico SPSS-19. Se establecieron como criterios de entrada de covariables un valor de $p < 0,20$ y de salida de covariables un valor de $p > 0,40$, todo ello con el objetivo de ser laxos en el mantenimiento de covariables y siguiendo las indicaciones de Hosmer y Lemeshow (1989).

A continuación se procedió del siguiente modo:

- a. El algoritmo se inició con el modelo incluyendo únicamente la constante y se contrastó con los modelos surgidos de la inclusión de una única covariable, e incluyendo en el modelo aquella covariable que, cumpliendo el criterio de entrada, partiera de una mayor significación.
- b. Seguidamente se comprobó la significación de las covariables restantes una vez incorporada la primera, incluyéndose en el modelo aquella que cumpliendo el criterio de entrada, tuviera la siguiente mayor significación.
- c. Una vez incluida ésta, se comprobó si había alcanzado significación el contraste del modelo con todas las covariables incluidas hasta el momento, frente al modelo, eliminando las incluidas en pasos previos; si en este momento alguna no alcanzó significación y alcanzó el criterio de salida, dicha covariable fue eliminada del modelo. Si ninguna de las covariables cumplieron el criterio de salida se volvió al segundo paso.

- d. El proceso terminó cuando ninguna de las covariables no incluidas en el modelo cumplía el criterio de entrada y ninguna de las covariables en el modelo cumplía el criterio de salida.
- e. Se aceptó cada variable siempre que hubiese significación en la prueba ómnibus y, en cambio, no significación en el test de Hosmer y Lemeshow.

D. Estimación de la bondad de ajuste del modelo.

Para la estimación de la bondad de ajuste del modelo se aplicó la prueba de razón de verosimilitud y la prueba de Hosmer y Lemeshow que describiremos brevemente.

D.1. Prueba de razón de verosimilitud.

Como prueba de bondad de ajuste global del modelo se utilizó la razón de verosimilitud. El estadístico utilizado es $G(-2\ln)$, que es -2 veces el logaritmo neperiano del cociente entre la verosimilitud del modelo con el conjunto de p covariables introducidas en el mismo, y la del modelo sólo con la constante. Este estadístico sigue una distribución χ^2 con n grados de libertad. Si este estadístico alcanza significación estadística indica un buen ajuste. Cuando más próximo a 0 mejor será el ajuste del modelo. En definitiva, la prueba consiste en construir un test basado en la verosimilitud, para lo cual se calcula cuál es la lejanía o discrepancia que hay entre el modelo ajustado con las variables predictoras incluidas en el modelo y el modelo que sólo contiene la constante.

D.2. Prueba de Hosmer y Lemeshow.

Medida que informa sobre la distancia entre los valores de la muestra y los predichos por el modelo. Los sujetos se agrupan en 9 deciles de probabilidades esperadas, a partir de aquí se construye una tabla de contingencia de la que deriva el estadístico. Contrariamente a lo que es más habitual, la ausencia de significación indica bondad de

ajuste del modelo. De la tabla de contingencia, que clasifica a los sujetos según los valores observados y estimados o predichos, se deduce que una ecuación sin poder de clasificación alguna tendría una especificidad y sensibilidad igual al 50% (igual al azar). Un modelo puede considerarse aceptable si tanto la especificidad como la sensibilidad tienen un nivel alto, de al menos, el 75%.

Para la presente tesis, los datos correspondientes a los diferentes análisis de regresión logística múltiple realizados se presentan de la siguiente manera: en primer lugar, figuran los datos correspondientes al análisis bivariado; en segundo lugar, los respectivos para aquellas variables consideradas a entrar en análisis de regresión simple y, finalmente, en tercer lugar, los resultados obtenidos por tras el análisis de regresión logística múltiple, con los resúmenes de R^2 , especificidad, sensibilidad y valor pronóstico total.

CAPÍTULO VII

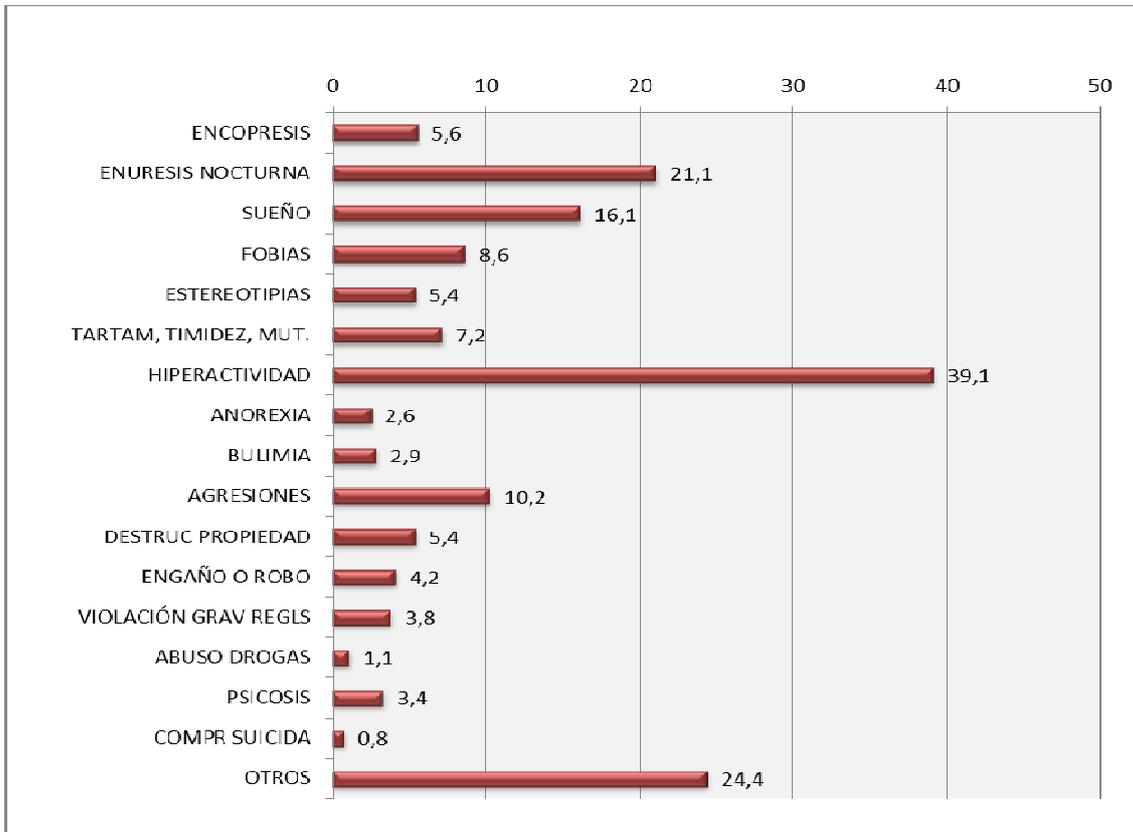
CAPÍTULO VII. RESULTADOS

En la exposición de resultados aparece, en primer lugar, un análisis descriptivo y diferencial de los problemas de salud mental recogidos en las consultas pediátricas, en función del sexo y la edad; a continuación, figura la prevalencia de periodo anual o probabilidad de aparición de dichos problemas de salud mental para la población de referencia durante el año 2009; en tercer lugar, se describe el peso que cada uno de esos problemas de salud mental tuvo sobre los diversos contextos de desarrollo del niño o niña y adolescente; en cuarto lugar, aparecen los factores de riesgo detectados y, finalmente, las diferentes decisiones clínicas del pediatra (la denominada 'actitud terapéutica'). En el quinto apartado se analiza la capacidad predictiva de los factores de riesgo sobre los diferentes problemas de salud mental para, en el sexto apartado, determinar la valoración del tipo de derivación y su relación con la psicopatología detectada. Finalmente, en el apartado número ocho se estudia la comorbilidad, tanto desde un punto de vista descriptivo y diferencial, como a través de un análisis multivariante que indaga en la relación existente entre presencia/ausencia de comorbilidad y los diferentes problemas de salud mental detectados.

7.1. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Del total de problemas de salud mental detectados, la alteración más frecuentemente notificada fue la hiperactividad, con 245 casos (39,1%); en segundo lugar, fue la enuresis nocturna, con 132 casos (21,1%) y, en tercer lugar, las alteraciones del sueño, con 101 casos (16,1%). Cabe destacar por su volumen la categoría denominada 'otros', con 153 casos (24,4%). Ligeramente por encima del 10% también se encontraron las agresiones a personas o animales (10,2%), hallándose próximo el porcentaje de fobias registradas (8,6%) (Figura 9).

Figura 9. Problemas de Salud Mental (%)



7.1.1. Problemas de Salud Mental en función del sexo

En general, se aprecia una distribución diferenciada por sexos. Así tenemos que, en el femenino, los porcentajes son superiores en sueño (19,2%), fobias (13,2%), estereotipias (5,5%), tartamudez, timidez y mutismo (8,8%), anorexia y bulimia (6,0% y 4,4%) y la categoría inespecífica de 'otros' (28'6%). Mientras que en el sexo masculino, fue superior la presencia de encopresis (6,1%), enuresis nocturna (22,1%), hiperactividad (44,1%), agresiones a personas o animales (10,8%), destrucción de la propiedad (6,3%), engaño o robo (4,5%), violación grave de reglas (4,5%) y psicosis (4,3%). Hubo una distribución similar en cuanto a comportamiento suicida o abuso de drogas (Figura 10).

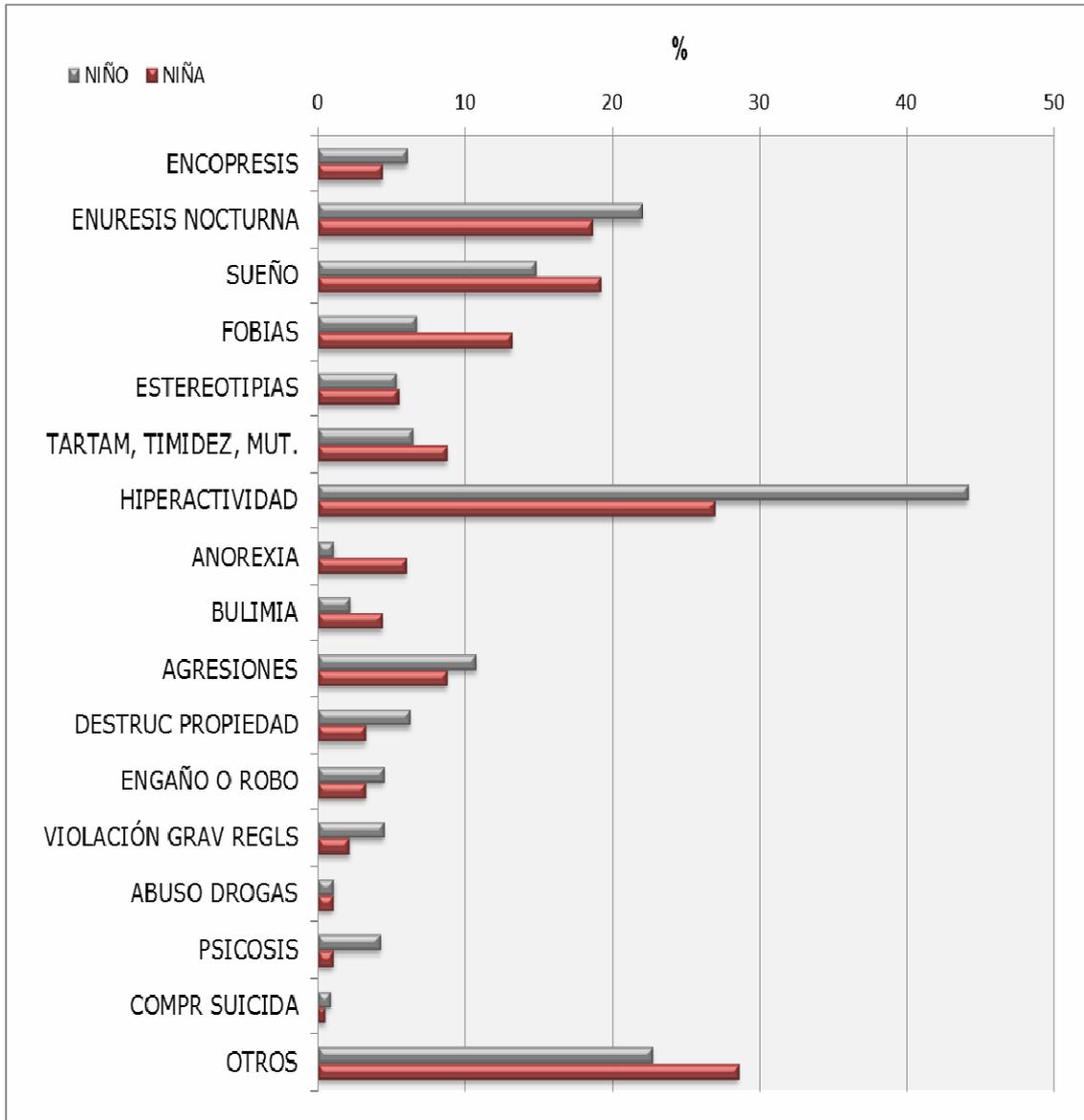
Se hallaron diferencias significativas en hiperactividad ($\chi^2=16,072$; $p=0,000$) y psicosis ($\chi^2=4,027$; $p=0,045$) a favor del sexo masculino y, por el contrario, en anorexia ($\chi^2=12,535$; $p=0,000$) y fobias ($\chi^2=0,771$; $p=0,009$) a favor del sexo femenino (Tabla II).

Finalmente, existen diferencias apreciables, aunque no significativas desde el punto de vista estadístico, en enuresis nocturna ($\text{♀}=18,7\%$, $\text{♂}=22,1\%$), sueño ($\text{♀}=19,2\%$, $\text{♂}=14,9\%$), destrucción de la propiedad ($\text{♀}=3,3\%$, $\text{♂}=6,3\%$) y en la categoría denominada 'otros' ($\text{♀}=28,6\%$, $\text{♂}=22,7\%$).

Tabla II. Problemas de Salud Mental en función del sexo

	NIÑO		NIÑA		Chi ²	p
	n	%	n	%		
ENCOPRESIS	27	6,1	8	4,4	0,695	0,405
ENURESIS NOCTURNA	98	22,1	34	18,7	0,892	0,345
SUEÑO	66	14,9	35	19,2	1,818	0,178
FOBIAS	30	6,8	24	13,2	6,771	0,009
ESTEREOTIPIAS	24	5,4	10	5,5	0,002	0,964
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	29	6,5	16	8,8	0,988	0,320
HIPERACTIVIDAD	196	44,1	49	26,9	16,072	0,000
ANOREXIA	5	1,1	11	6,0	12,535	0,000
BULIMIA	10	2,3	8	4,4	2,123	0,145
AGRESIONES	48	10,8	16	8,8	0,574	0,449
DESTRUC PROPIEDAD	28	6,3	6	3,3	2,276	0,131
ENGAÑO O ROBO	20	4,5	6	3,3	0,473	0,492
VIOLACIÓN GRAV REGLS	20	4,5	4	2,2	1,863	0,172
ABUSO DROGAS	5	1,1	2	1,1	0,001	0,977
PSICOSIS	19	4,3	2	1,1	4,027	0,045
COMPR SUICIDA	4	0,9	1	0,5	0,201	0,654
OTROS	101	22,7	52	28,6	2,371	0,124

Figura 10. Problemas de Salud Mental en función del sexo



7.1.2. Problemas de salud mental por intervalos de edad

En función de los intervalos de edad se aprecia, a través de la Figura 11, una disminución progresiva de encopresis, enuresis nocturna y problemas de sueño, y un claro incremento del diagnóstico de hiperactividad. Hay una mayor presencia en el intervalo de 7 a 10 años de problemas tales como fobias, estereotipias, tartamudez, timidez o mutismo. Y, finalmente, un incremento en el último intervalo de edad especialmente en anorexia y bulimia, agresiones, destrucción de la propiedad, engaño o robo, violación grave de reglas, abuso de drogas y otros. En la categoría de psicosis¹ existe una mayor notificación en el grupo de 3 a 6 años, después el de mayor edad (de 11 a 14 años) y por último, el intermedio (de 7 a 10 años).

En la comparación de los tres intervalos de edad (Tabla III) hallamos diferencias significativas en las categorías de encopresis ($\chi^2=7,425$; $p=0,024$); enuresis nocturna ($\chi^2=24,356$; $p=0,000$); problemas de sueño ($\chi^2=8,174$; $p=0,017$); hiperactividad ($\chi^2=7,863$; $p=0,020$); destrucción de la propiedad ($\chi^2=6,095$; $p=0,047$); abuso de drogas ($\chi^2=12,022$; $p=0,002$) y, finalmente, en otros ($\chi^2=6,387$; $p=0,041$). Y aproximándose a la significación, en fobias ($\chi^2=5,872$; $p=0,053$) y violación grave de reglas ($\chi^2=5,677$; $p=0,059$).

En los análisis diferenciales entre parejas de intervalos de edad encontramos diferencias significativas entre el grupo de edad de 3 a 6 años, con el de 7 a 10 años en enuresis nocturna ($\chi^2=3,900$; $p=0,048$) y destrucción de la propiedad ($\chi^2=5,962$; $p=0,015$) a favor de los más pequeños. Y a favor de los niños de 7 a 10 años en la categoría de otros ($\chi^2=5,152$; $p=0,023$) y especialmente, en fobias, donde hallamos una $\chi^2=5,870$, $p=0,015$.

Por otro lado, si comparamos el intervalo de edad de 7 a 10 años con el superior, el de 11 a 14 años, hallamos diferencias significativas a favor de los más pequeños en

¹ La categoría de psicosis incluye diversos síndromes, junto con el autismo. Es posible que en edades tempranas se recojan, con mayor probabilidad, cuadros compatibles con espectro autista y, en la preadolescencia, cuadros de incipientes de alteraciones psicóticas, diferenciados nosológicamente y fenomenológicamente.

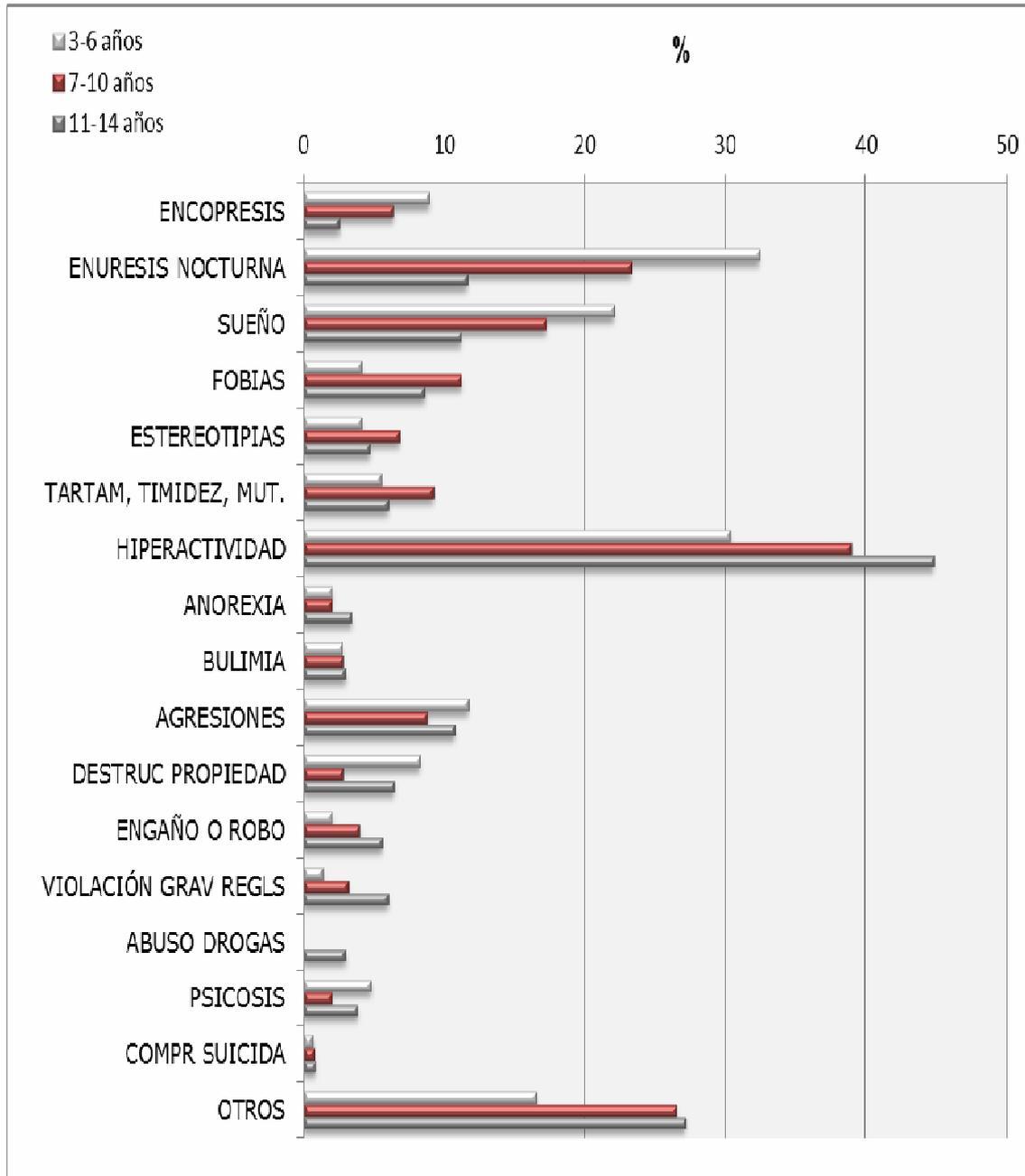
encopresis ($\chi^2=4,056$; $p=0,044$) y enuresis nocturna ($\chi^2=11,214$; $p=0,001$) y, rozando la significación en problemas de sueño ($\chi^2=3,592$; $p=0,058$); en cambio, encontramos hallazgos estadísticamente significativos a favor del intervalo superior en las categorías de abuso de drogas ($\chi^2=7,624$; $p=0,006$) y, próximo a la significación, en destrucción de la propiedad ($\chi^2=3,675$; $p=0,055$).

Finalmente, si comparamos el intervalo de edad de 3 a 6 años con el superior, es decir, con el de 11 a 14 años, encontramos diferencias significativas a favor de los pequeños en las categorías de encopresis ($\chi^2=7,588$; $p=0,006$), enuresis nocturna ($\chi^2=24,414$; $p=0,000$), sueño ($\chi^2=8,087$; $p=0,004$). Diferenciándose los mayores en hiperactividad ($\chi^2=7,849$; $p=0,005$), abuso de drogas ($\chi^2=4,458$; $p=0,035$), violación grave de reglas ($\chi^2=4,758$; $p=0,029$) y en otros ($\chi^2=5,652$; $p=0,017$).

Tabla 3. Análisis diferenciales por intervalos de edad

	3-6 años		7-10 años		11-14 años		Todos los intervalos		Compara 3-6 y 7-10		Compara 7-10 y 11-14		Compara 3-6 y 11-14		
	n	%	n	%	n	%	n	%	Chi ² (1gl)	p	Chi ² (1gl)	p	Chi ² (1gl)	p	
ENCOPRESIS	13	9,0	16	6,4	6	2,6	7,425	0,024	0,867	0,352	4,056	0,044	7,588	0,006	ENCOPRESIS
ENURESIS NOCTURNA	47	32,4	58	23,3	27	11,6	24,356	0,000	3,900	0,048	11,214	0,001	24,414	0,000	ENURESIS NOCTURNA
SUEÑO	32	22,1	43	17,3	26	11,2	8,174	0,017	1,370	0,242	3,592	0,058	8,087	0,004	SUEÑO
FOBIAS	6	4,1	28	11,2	20	8,6	5,872	0,053	5,870	0,015	0,921	0,337	2,793	0,095	FOBIAS
ESTEREOTIPIAS	6	4,1	17	6,8	11	4,7	1,632	0,442	1,206	0,272	0,953	0,329	0,075	0,784	ESTEREOTIPIAS
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	8	5,5	23	9,2	14	6,0	2,636	0,268	1,749	0,186	1,735	0,188	0,043	0,835	TARTAM, TIMIDEZ, MUT.
HIPERACTIVIDAD	44	30,3	97	39,0	104	44,8	7,863	0,020	2,957	0,086	1,702	0,192	7,849	0,005	HIPERACTIVIDAD
ANOREXIA	3	2,1	5	2,0	8	3,4	1,18	0,554	0,002	0,967	0,947	0,330	0,599	0,439	ANOREXIA
BULIMIA	4	2,8	7	2,8	7	3,0	0,027	0,986	0,001	0,976	0,018	0,893	0,021	0,885	BULIMIA
AGRESIONES	17	11,7	22	8,8	25	10,8	0,956	0,620	0,857	0,354	0,513	0,474	0,081	0,776	AGRESIONES
DESTRUC PROPIEDAD	12	8,3	7	2,8	15	6,5	6,095	0,047	5,962	0,015	3,675	0,055	0,440	0,507	DESTRUC PROPIEDAD
ENGAÑO O ROBO	3	2,1	10	4,0	13	5,6	2,82	0,244	1,089	0,297	0,665	0,415	2,743	0,098	ENGAÑO O ROBO
VIOLACIÓN GRAV REGLS	2	1,4	8	3,2	14	6,0	5,677	0,059	1,245	0,264	2,191	0,139	4,758	0,029	VIOLACIÓN GRAV REGLS
ABUSO DROGAS	0	0,0	0	0,0	7	3,0	12,022	0,002	-	-	7,624	0,006	4,458	0,035	ABUSO DROGAS
PSICOSIS	7	4,8	5	2,0	9	3,9	2,56	0,278	2,467	0,116	1,488	0,222	0,197	0,657	PSICOSIS
COMPR SUICIDA	1	0,7	2	0,8	2	0,9	0,034	0,983	0,016	0,900	0,005	0,943	0,034	0,855	COMPR SUICIDA
OTROS	24	16,6	66	26,5	63	27,2	6,387	0,041	5,152	0,023	0,026	0,872	5,652	0,017	OTROS

Figura 11. Problemas de Salud Mental por intervalos de edad



7.1.3. Problemas de salud mental en niños en función de los intervalos de edad

En cuanto a la distribución de los problemas de salud mental detectados en función de la edad dentro del sexo masculino, podemos comprobar a través de la Figura 12 cómo con la edad disminuyen claramente la encopresis, la enuresis nocturna y los problemas de sueño; por el contrario, aumentan la hiperactividad, el engaño o robo y la violación grave de reglas, mientras que observamos un pico de mayor frecuentación en el intervalo de 7 a 10 años para las categorías de fobias, estereotipias, tartamudez, timidez y mutismo y psicosis.

En la comparación de los tres intervalos de edad (Tabla IV) hallamos diferencias significativas en las categorías de enuresis nocturna ($\chi^2=13,018$; $p=0,001$), sueño ($\chi^2=6,386$; $p=0,041$), hiperactividad ($\chi^2=6,524$; $p=0,038$), destrucción de la propiedad ($\chi^2=6,922$; $p=0,031$) y en abuso de drogas ($\chi^2=8,634$; $p=0,013$) y, finalmente, rozando la significación estadística en tartamudez, timidez y mutismo ($\chi^2=5,678$; $p=0,058$).

Comparando por pares el primer intervalo de edad (3 a 6 años) con el segundo (7 a 10 años), encontramos diferencias significativas a favor de los mayores en fobias ($p=0,05$) y, a favor de los más pequeños en anorexia ($\chi^2=5,812$; $p=0,016$) y en destrucción de la propiedad ($\chi^2=5,887$; $p=0,015$).

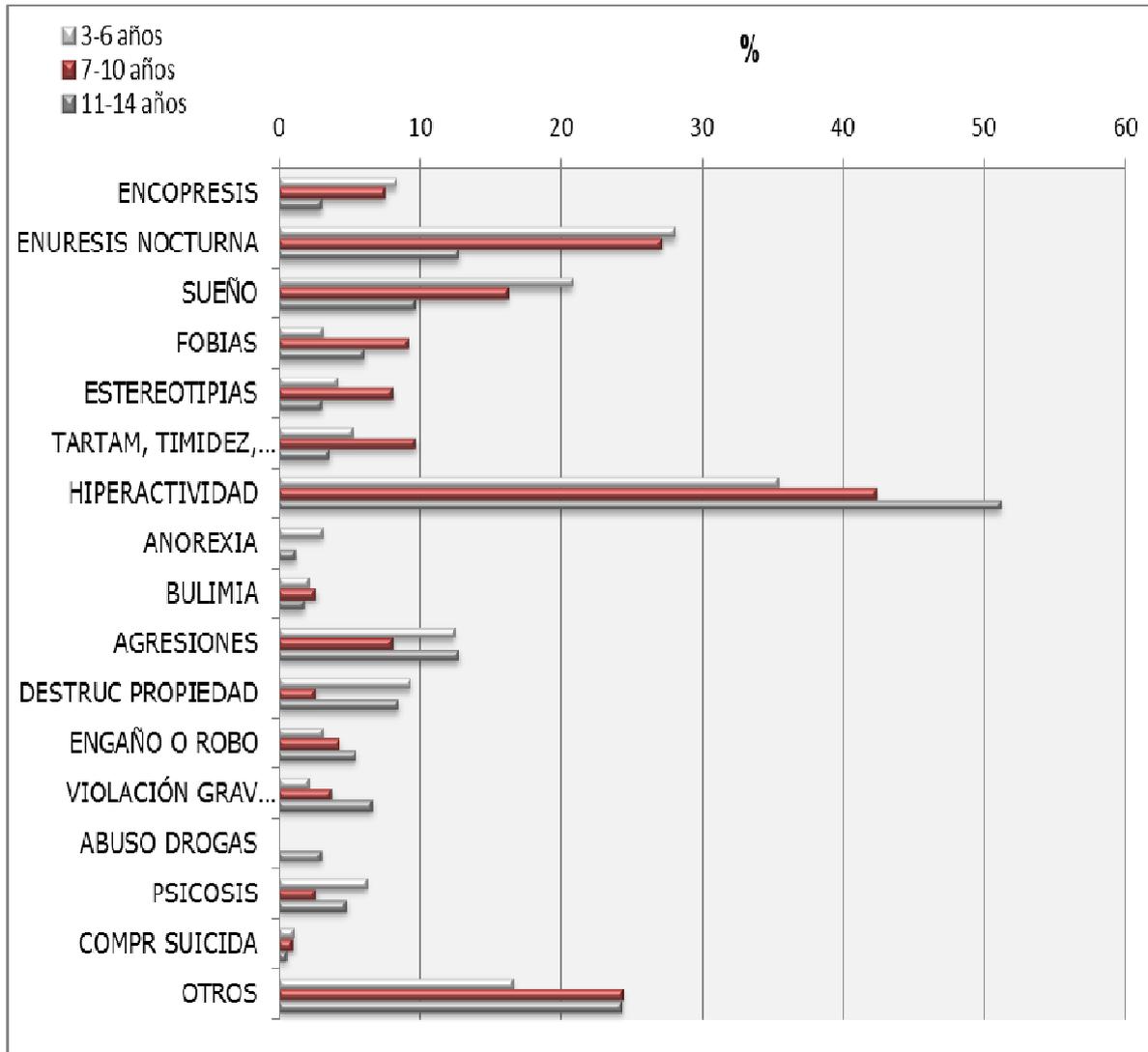
Si comparamos el grupo de edad de 7 a 10 años con el de 11 a 14 años, encontramos diferencias estadísticamente significativas a favor de los pequeños en enuresis ($\chi^2=11,024$; $p=0,001$), estereotipias ($\chi^2=4,169$; $p=0,041$) y tartamudez, timidez y mutismo ($\chi^2=5,065$; $p=0,024$). Y a favor de los de 11 a 14 años, en abuso de drogas ($\chi^2=5,692$; $p=0,017$), y, finalmente, en destrucción de la propiedad ($\chi^2=5,689$; $p=0,017$).

Finalmente, comparando los niños de 3 a 6 años con los de 11 a 14 años, encontramos diferencias a favor de los pequeños en enuresis nocturna ($\chi^2=9,441$; $p=0,002$) y problemas de sueño ($\chi^2=6,229$; $p=0,013$) y, rozando la significación en encopresis ($\chi^2=3,560$; $p=0,059$); y, a favor de los mayores, existen diferencias en hiperactividad ($\chi^2=6,101$; $p=0,014$).

Tabla V. Análisis diferenciales por intervalos de edad en niños.

	3-6 AÑOS		7-10 AÑOS		11-14 AÑOS		Todos los intervalos		Compara 3-6 y 7-10		Compara 7-10 y 11-14		Compara 3-6 y 11-14	
	n	%	n	%	n	%	Chi ² (2gl)	p	Chi ² (4gl)	p	Chi ² (1gl)	p	Chi ² (1gl)	p
ENCOPRESIS	8	8,3	14	7,6	5	3,0	4,245	0,120	0,046	0,831	3,493	0,062	3,560	0,059 ENCOPRESIS
ENURESIS NOCTURNA	27	28,1	50	27,2	21	12,8	13,018	0,001	0,029	0,886	11,024	0,001	9,441	0,002 ENURESIS NOCTURNA
SUEÑO	20	20,8	30	16,3	16	9,8	6,386	0,041	0,882	0,348	3,241	0,072	6,229	0,013 SUEÑO
FOBIAS	3	3,1	17	9,2	10	6,1	3,923	0,141	3,556	0,059	1,196	0,274	1,126	0,289 FOBIAS
ESTEREOPTIAS	4	4,2	15	8,2	5	3,0	4,784	0,091	1,584	0,208	4,169	0,041	0,226	0,634 ESTEREOPTIAS
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	5	5,2	18	9,8	6	3,7	5,678	0,058	1,751	0,186	5,065	0,024	0,359	0,549 TARTAM, TIMIDEZ, MUT.
HIPERACTIVIDAD	34	35,4	78	42,4	84	51,2	6,524	0,038	1,279	0,258	2,716	0,099	6,101	0,014 HIPERACTIVIDAD
ANOREXIA	3	3,1	0	0,0	2	1,2	5,553	0,062	5,812	0,016	2,257	0,133	1,166	0,280 ANOREXIA
BULIMIA	2	2,1	5	2,7	3	1,8	0,327	0,849	0,104	0,747	0,305	0,581	0,021	0,886 BULIMIA
AGRESIONES	12	12,5	15	8,2	21	12,8	2,309	0,315	1,369	0,242	2,024	0,155	0,005	0,943 AGRESIONES
DESTRUC PROPIEDAD	9	9,4	5	2,7	14	8,5	6,922	0,031	5,887	0,015	5,689	0,017	0,053	0,818 DESTRUC PROPIEDAD
ENGAÑO O ROBO	3	3,1	8	4,3	9	5,5	0,804	0,669	0,250	0,617	0,243	0,622	0,768	0,381 ENGAÑO O ROBO
VIOLACIÓN GRAY REGLIS	2	2,1	7	3,8	11	6,7	3,368	0,186	0,601	0,438	1,490	0,222	2,726	0,099 VIOLACION GRAY REGLIS
ABUSO DROGAS	0	0,0	0	0,0	5	3,0	8,634	0,013	-	-	5,692	0,017	2,984	0,084 ABUSO DROGAS
PSICOSIS	6	6,3	5	2,7	8	4,9	2,15	0,341	2,068	0,149	1,126	0,289	0,224	0,636 PSICOSIS
COMPR SUICIDA	1	1,0	2	1,1	1	0,6	0,248	0,883	0,001	0,972	0,231	0,631	0,148	0,700 COMPR SUICIDA
OTROS	16	16,7	45	24,5	40	24,4	2,578	0,276	2,247	0,134	0,000	0,989	2,138	0,144 OTROS

Figura 12. Problemas de Salud Mental por intervalos de edad en niños



7.1.4. Problemas de salud mental en niñas en función de los intervalos de edad

La distribución de problemas de salud mental detectados en función de la edad para el sexo femenino nos muestra un incremento con la edad de fobias, estereotipias, tartamudez, timidez y mutismo, hiperactividad y anorexia, así como una disminución de la representación de encopresis, enuresis nocturna y problemas de sueño. La categoría de otros cobra mayor valor porcentual conforme avanza la edad (Figura 13).

En la comparación de los tres intervalos de edad (Tabla V) hallamos diferencias significativas en la categoría de enuresis nocturna ($\chi^2=21,892$; $p=0,000$).

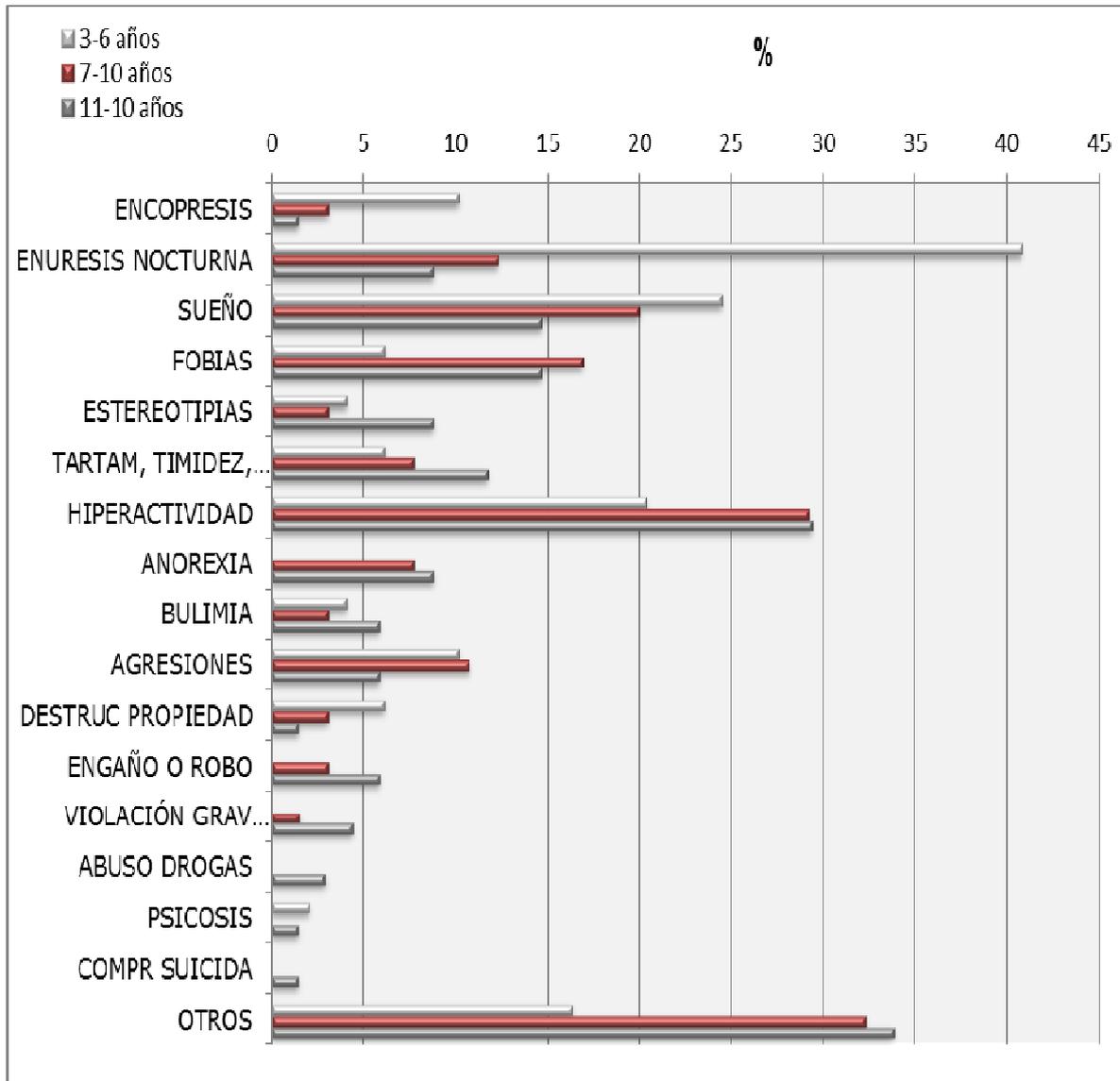
Comparando el grupo de 3 a 6 años con el siguiente, de 7 a 10 años, se hallan diferencias significativas a favor de las pequeñas en enuresis ($\chi^2=12,555$; $p=0,000$) y, a favor de las mayores en anorexia ($\chi^2=3,942$; $p=0,047$).

Entre el grupo de niñas de 7 a 10 y el de 11 a 14 años no encontramos ningún indicador de diferencias estadísticamente significativo, pero comparando el grupo de las más pequeñas, de 3 a 6 años, con el de las mayores, de 11 a 14 años, hallamos diferencias en encopresis ($\chi^2=4,465$; $p=0,035$) y enuresis ($\chi^2=16,865$; $p=0,000$) a favor de las pequeñas y, a favor de las mayores en anorexia ($\chi^2=4,557$; $p=0,033$) y en otros ($\chi^2=4,477$; $p=0,034$).

Tabla V. Análisis diferenciales por intervalos de edad en niñas.

	3-6 AÑOS		7-10 AÑOS		11-14 AÑOS		Todos los intervalos		Compara 3-6 y 7-10		Compara 7-10 y 11-14		Compara 3-6 y 11-14	
	n	%	n	%	n	%	n	%	Chi ² (gl)	p	Chi ² (gl)	p	Chi ² (gl)	p
ENCOPRESIS	5	10,2	2	3,1	1	1,5	5,587	0,061	2,462	0,117	0,389	0,533	4,465	0,035 ENCOPRESIS
ENURESIS NOCTURNA	20	40,8	8	12,3	6	8,8	21,892	0,000	12,555	0,000	0,428	0,513	16,865	0,000 ENURESIS NOCTURNA
SUEÑO	12	24,5	13	20,0	10	14,7	1,794	0,408	0,329	0,566	0,651	0,420	1,786	0,181 SUEÑO
FOBIAS	3	6,1	11	16,9	10	14,7	3,066	0,216	3,025	0,082	0,123	0,726	2,124	0,145 FOBIAS
ESTEREOTIPIAS	2	4,1	2	3,1	6	8,8	2,371	0,306	0,083	0,773	1,941	0,164	1,005	0,316 ESTEREOTIPIAS
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	3	6,1	5	7,7	8	11,8	1,283	0,527	0,106	0,745	0,625	0,429	0,064	0,302 TARTAM, TIMIDEZ, MUT.
HIPERACTIVIDAD	10	20,4	19	29,2	20	29,4	1,447	0,485	1,147	0,284	0,001	0,982	1,211	0,271 HIPERACTIVIDAD
ANOREXIA	0	0,0	5	7,7	6	8,8	4,388	0,111	3,942	0,047	0,056	0,813	4,557	0,033 ANOREXIA
BULIMIA	2	4,1	2	3,1	4	5,9	0,638	0,727	0,083	0,773	0,607	0,436	0,190	0,633 BULIMIA
AGRESIONES	5	10,2	7	10,8	4	5,9	1,157	0,561	0,009	0,922	1,046	0,306	0,749	0,387 AGRESIONES
DESTRUC PROPIEDAD	3	6,1	2	3,1	1	1,5	1,948	0,377	0,618	0,432	0,389	0,533	1,866	0,172 DESTRUC PROPIEDAD
ENGAÑO O ROBO	0	0,0	2	3,1	4	5,9	3,106	0,212	1,535	0,215	0,607	0,436	2,984	0,084 ENGAÑO O ROBO
VIOLACIÓN GRAV REGLS	0	0,0	1	1,5	3	4,4	2,783	0,249	0,761	0,383	0,941	0,332	2,219	0,136 VIOLACIÓN GRAV REGLS
ABUSO DROGAS	0	0,0	0	0,0	2	2,9	3,390	0,184	-	-	1,941	0,164	1,466	0,226 ABUSO DROGAS
PSICOSIS	1	2,0	0	0,0	1	1,5	1,209	0,546	1,338	0,247	0,963	0,326	0,055	0,814 PSICOSIS
COMPR SUICIDA	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1,686	0,430	-	-	0,963	0,326	0,727	0,394 COMPR SUICIDA
OTROS	8	16,3	21	32,3	23	33,8	4,964	0,084	3,762	0,052	0,034	0,853	4,477	0,034 OTROS

Figura 13. Problemas de Salud Mental por intervalos de edad en niñas

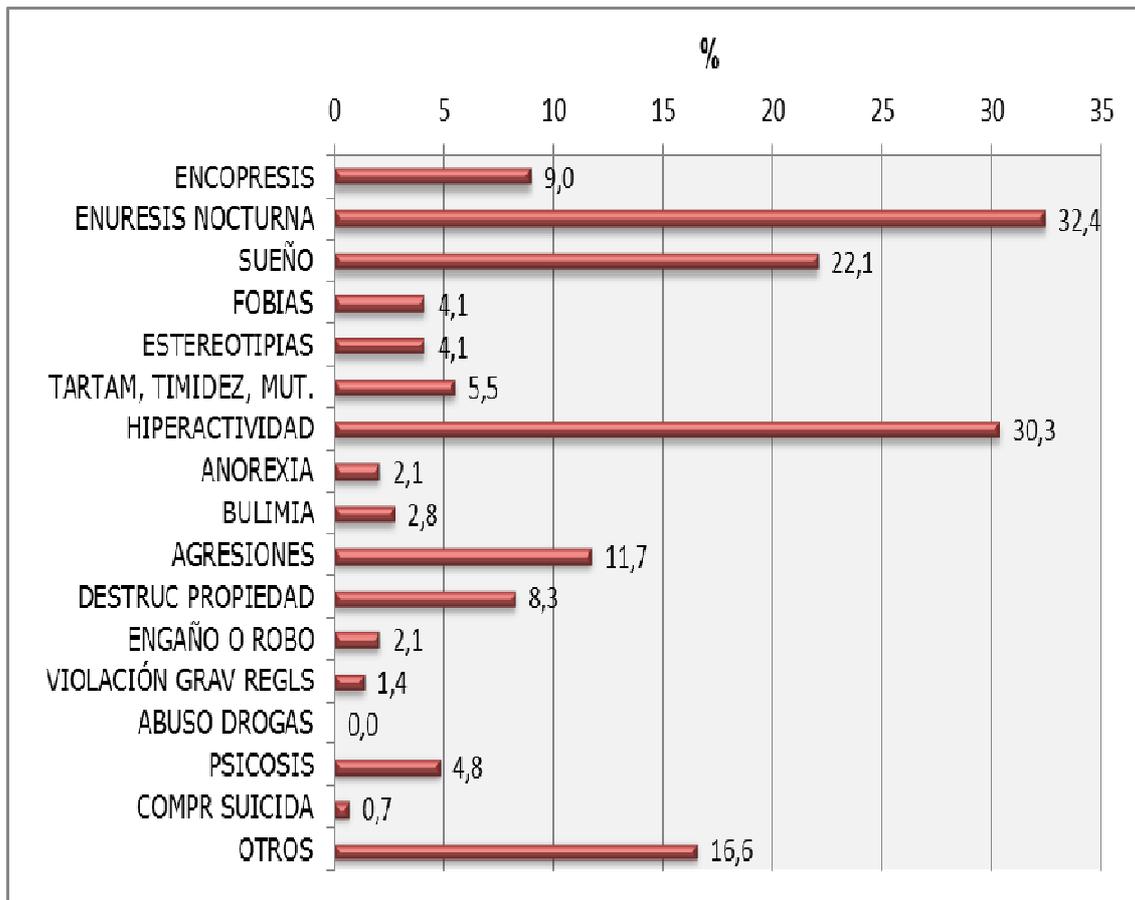


7.1.5. Problemas de salud mental en el intervalo de edad de 3 a 6 años

En el grupo de edad inferior, de 3 a 6 años, la categoría más representada es la enuresis nocturna con 47 casos (32,4%), seguida de la hiperactividad con 44 casos (30,3%) y, en tercer lugar, los problemas de sueño con 32 casos (22,1%). Por encima

del 10% de los casos, también encontramos las agresiones a personas o animales con 17 casos (11,7%) y la categoría de otros, con 24 casos (16,6%) (Figura 14).

Figura 14. Problemas de Salud Mental 3-6 años

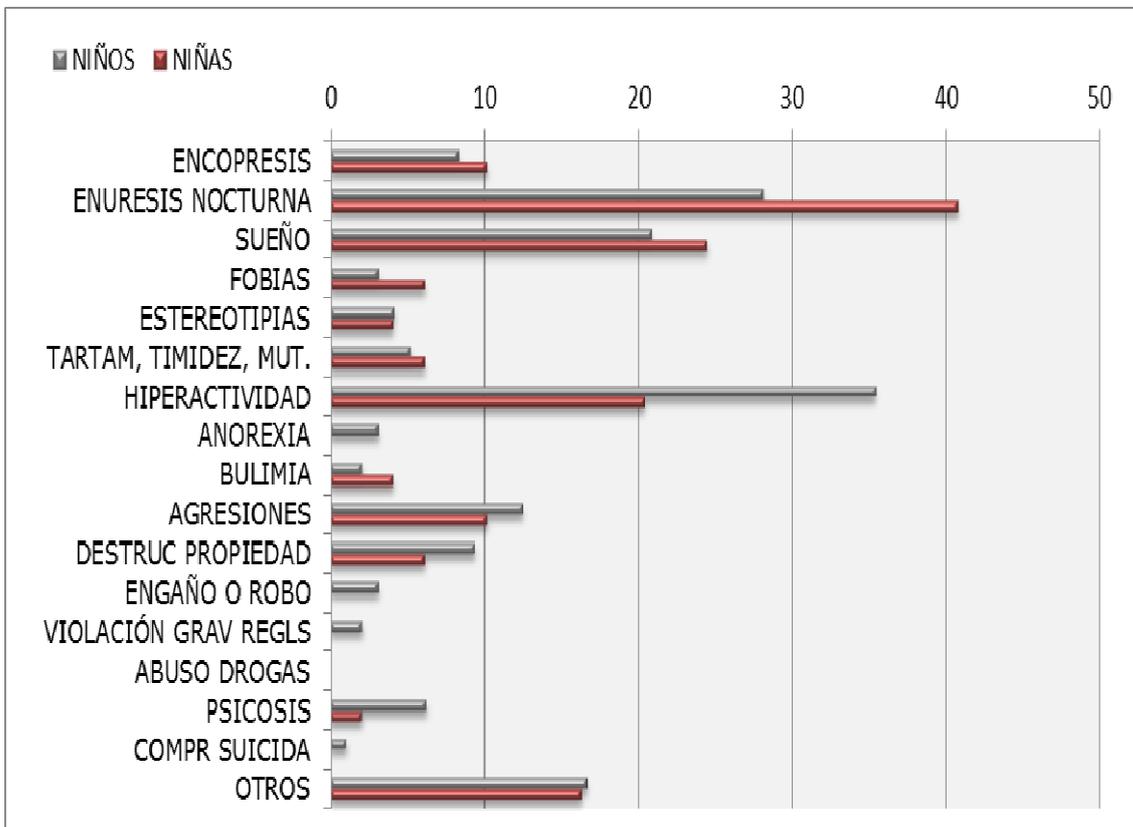


Dentro de este grupo de edad, encontramos diferencias en función del sexo especialmente en enuresis nocturna, sueño e hiperactividad; sin embargo, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ningún par de resultados por sexos, aproximándose a la significación la categoría de hiperactividad ($\chi^2=3,457$; $p=0,063$) tal y como se refleja en la Tabla VI.

Tabla VI. Problemas de Salud Mental 3-6 años en función del sexo

	NIÑO		NIÑA		Chi ²	p
	n	%	n	%		
ENCOPRESIS	8	8,3	5	10,2	0,139	0,709
ENURESIS NOCTURNA	27	28,1	20	40,8	2,385	0,122
SUEÑO	20	20,8	12	24,5	0,252	0,616
FOBIAS	3	3,1	3	6,1	0,735	0,391
ESTEREOTIPIAS	4	4,2	2	4,1	0,001	0,981
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	5	5,2	3	6,1	0,052	0,820
HIPERACTIVIDAD	34	35,4	10	20,4	3,457	0,063
ANOREXIA	3	3,1	0	0,0	1,564	0,211
BULIMIA	2	2,1	2	4,1	0,483	0,487
AGRESIONES	12	12,5	5	10,2	0,165	0,684
DESTRUC PROPIEDAD	9	9,4	3	6,1	0,452	0,501
ENGAÑO O ROBO	3	3,1	0	0,0	1,564	0,211
VIOLACIÓN GRAV REGLS	2	2,1	0	0,0	1,035	0,309
ABUSO DROGAS	0	0,0	0	0,0	-	-
PSICOSIS	6	6,3	1	2,0	1,251	0,263
COMPR SUICIDA	1	1,0	0	0,0	0,514	0,473
OTROS	16	16,7	8	16,3	0,003	0,958

Figura 15. Problemas de Salud Mental 3-6 años en función del sexo (%)



7.1.6. Problemas de salud mental en el intervalo de edad de 7 a 10 años

En el grupo de edad intermedio, de 7 a 10 años, la categoría más representada es la hiperactividad con 97 casos (39,0%), seguida de la enuresis nocturna con 58 casos (23,3%) y los problemas de sueño con 43 casos (17,3%). Por encima del 10% de los casos aparecen las fobias, con 28 casos (11,2%) y la categoría de otros, que sigue creciendo hasta llegar a un 26'5%, con 66 casos (Figura 16).

Comparando el grupo de niños con el de niñas de edades comprendidas entre los 7 y los 10 años, encontramos diferencias porcentuales en todas las categorías salvo en abuso de drogas, ya que en ninguno de los dos sexos se halla presente para esta edad ningún caso al respecto. Es destacable la diferencia que aparece en la categoría de otros, siendo de un 24,5% en niños frente a un 32,3% de casos en niñas, diferencia que se ha incrementado considerablemente respecto al anterior intervalo de edad, de 3 a 6 años, donde el porcentaje era muy similar (16,7% para niños frente a 16,3% para niñas) (Tabla VII y Figura 17).

Por primera vez aparecen diferencias estadísticamente significativas, destacando las halladas en enuresis nocturna ($\chi^2=5,941$; $p=0,015$) a favor de los niños, y, en cambio, a favor de las niñas en la categoría de anorexia ($\chi^2=14,444$; $p=0,000$).

Figura 16. Problemas de Salud Mental 7-10 años

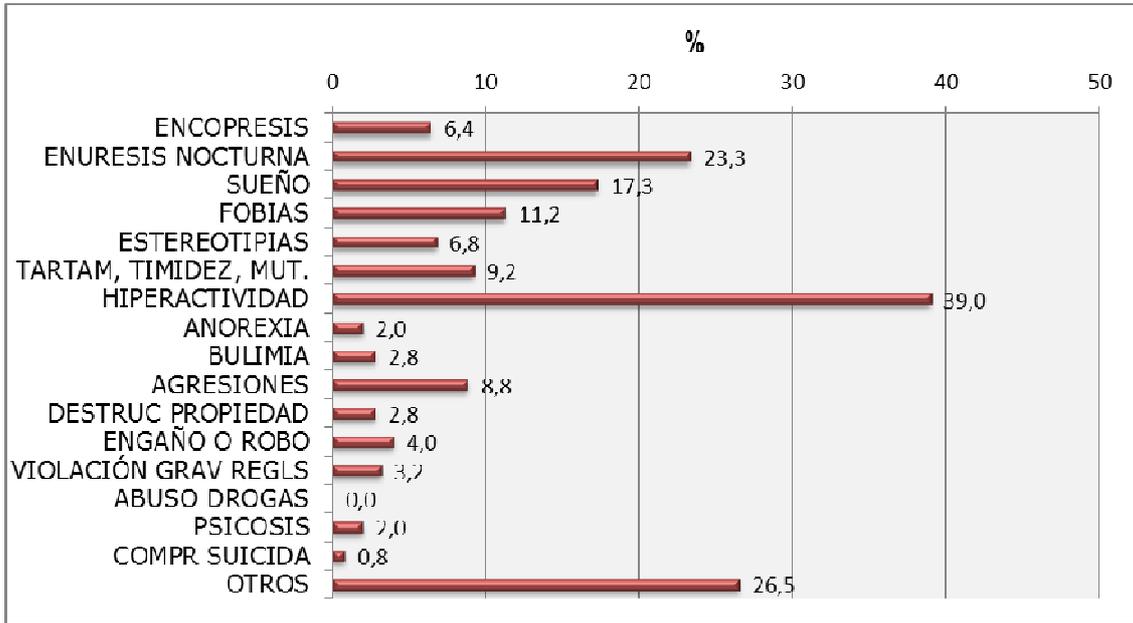
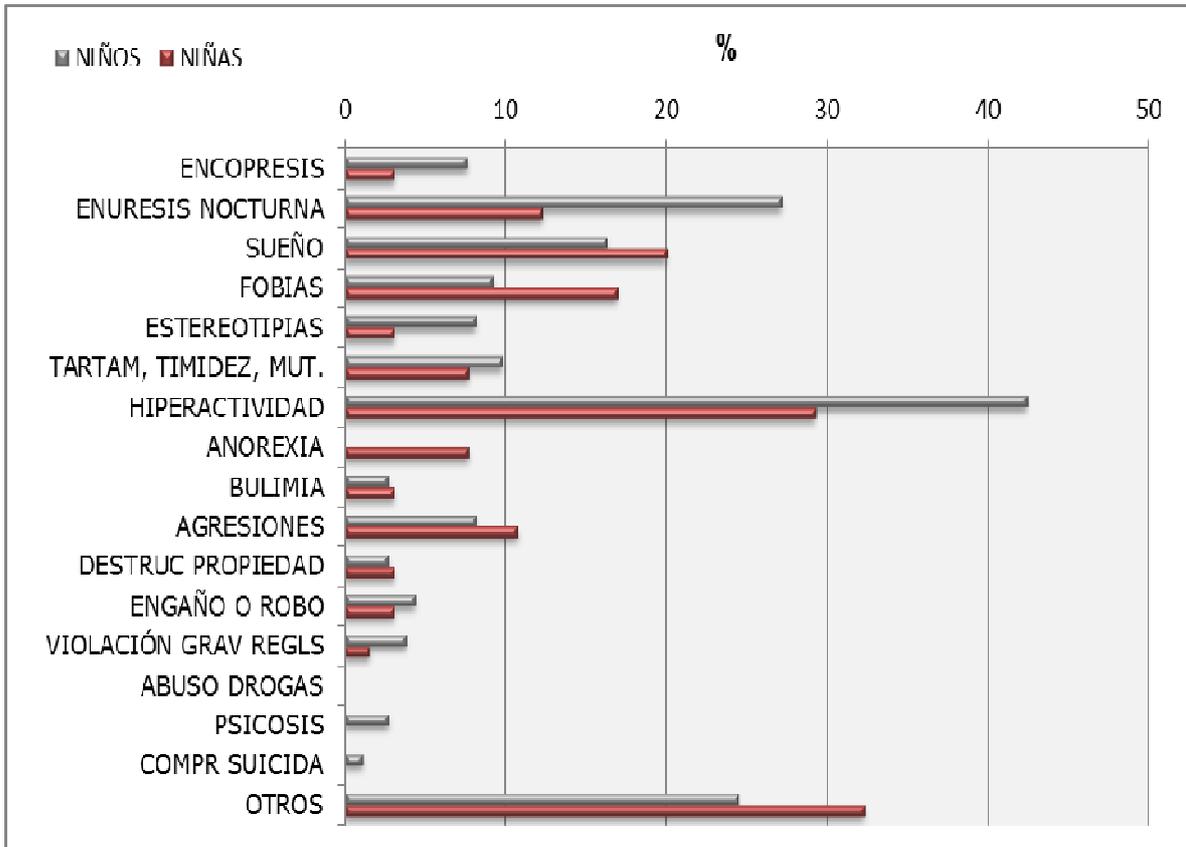


Tabla VII. Problemas de Salud Mental 7-10 años en función del sexo

	NIÑO		NIÑA		Chi ²	p
	n	%	n	%		
ENCOPRESIS	14	7,6	2	3,1	1,641	0,200
ENURESIS NOCTURNA	50	27,2	8	12,3	5,941	0,015
SUEÑO	30	16,3	13	20,0	0,549	0,498
FOBIAS	17	9,2	11	16,9	2,842	0,092
ESTEREOTIPIAS	15	8,2	2	3,1	1,945	0,163
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	18	9,8	5	7,7	0,250	0,617
HIPERACTIVIDAD	78	42,4	19	29,2	3,498	0,061
ANOREXIA	0	0,0	5	7,7	14,444	0,000
BULIMIA	5	2,7	2	3,1	0,023	0,880
AGRESIONES	15	8,2	7	10,8	0,408	0,523
DESTRUC PROPIEDAD	5	2,7	2	3,1	0,023	0,880
ENGAÑO O ROBO	8	4,3	2	3,1	0,201	0,654
VIOLACIÓN GRAV REGLS	7	3,8	1	1,5	0,793	0,373
ABUSO DROGAS	0	0,0	0	0,0	-	-
PSICOSIS	5	2,7	0	0,0	1,080	0,179
COMPR SUICIDA	2	1,1	0	0,0	0,712	0,399
OTROS	45	24,5	21	32,3	1,520	0,218

Figura 17. Problemas de Salud Mental 7-10 años en función del sexo



7.1.7. Problemas de salud mental en el intervalo de edad de 11 a 14 años

En el intervalo de edad superior, comprendido entre los 11 y los 14 aparece una categoría claramente predominante que aglutina a casi el 50% de los casos notificados: la hiperactividad, con un total de 104 casos registrados, lo que supone un 44,8% del total para este grupo de edad.

En segundo lugar, pero a una distancia considerable, se encuentra la categoría de otros, con un 27,2% del total y 63 casos notificados. Por encima del 10% también quedan recogidos los problemas de enuresis nocturna (11,6%), sueño (11,12%) y las agresiones a personas o animales (10,8%) (Figura 18).

Al analizar la distribución de problemas de salud por sexos en el intervalo de edad entre 11 y 14 años, apreciamos unas diferencias importantes y más acusadas que en los anteriores grupos de edad. Así tenemos que existen diferencias estadísticamente significativas, a favor de los casos de sexo masculino en las categorías de hiperactividad ($\chi^2=9,243$; $p=0,002$) y destrucción de la propiedad ($\chi^2=3,969$; $p=0,046$) y, en cambio, a favor del sexo femenino, encontramos diferencias en las categorías de fobias ($\chi^2=4,522$; $p=0,033$), en tartamudez, timidez y mutismo ($\chi^2=5,570$; $p=0,018$) y anorexia ($\chi^2=8,348$; $p=0,004$).

Es destacable, a pesar de no obtener significación estadística, la diferencia obtenida en cuanto a psicosis, ya que supone un 4,9% de casos para los niños frente a un 1,5% de casos en las niñas; en agresiones a personas o animales, con un 12,8% de niños frente a un 5,9% de niñas; en bulimia (5,9% de niñas frente a un 1,8% de niños); y, finalmente, en problemas de sueño, con un 14,7% de niñas frente a un 9,8% de niños (Tabla VIII y Figura 19).

Figura 18. Problemas de Salud Mental 11-14 años

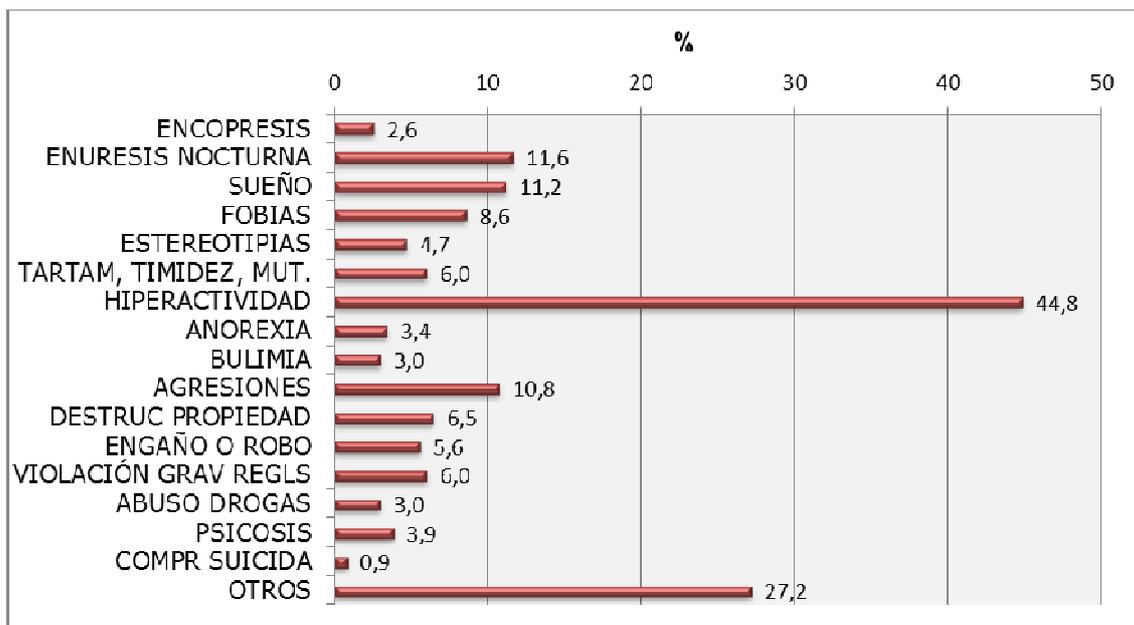
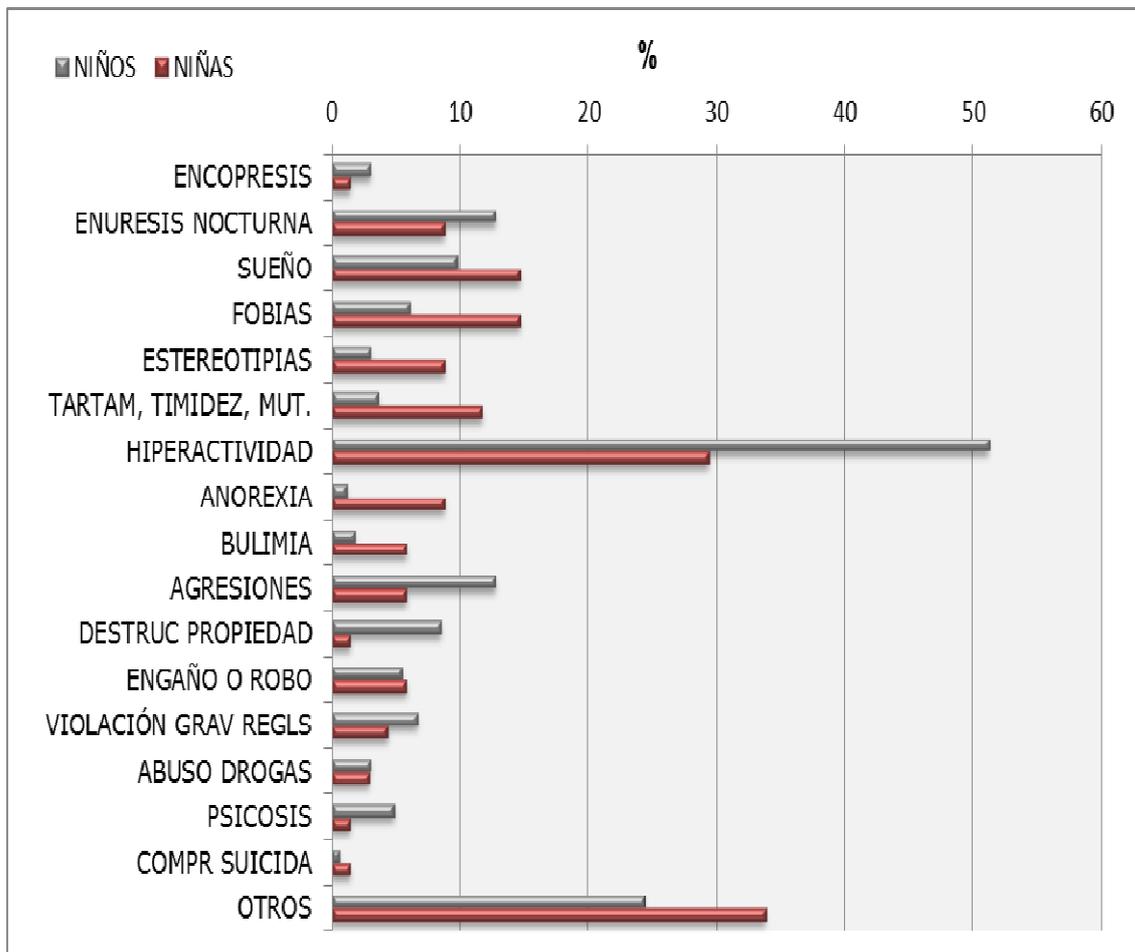


Tabla VIII. Problemas de Salud Mental 11-14 años en función del sexo

	NIÑO		NIÑA		Chi ²	p
	n	%	n	%		
ENCOPRESIS	5	3,0	1	1,5	0,475	0,491
ENURESIS NOCTURNA	21	12,8	6	8,8	0,741	0,389
SUEÑO	16	9,8	10	14,7	1,184	0,277
FOBIAS	10	6,1	10	14,7	4,522	0,033
ESTEREOTIPIAS	5	3,0	6	8,8	3,549	0,060
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	6	3,7	8	11,8	5,570	0,018
HIPERACTIVIDAD	84	51,2	20	29,4	9,243	0,002
ANOREXIA	2	1,2	6	8,8	8,348	0,004
BULIMIA	3	1,8	4	5,9	2,699	0,100
AGRESIONES	21	12,8	4	5,9	2,396	0,122
DESTRUC PROPIEDAD	14	8,5	1	1,5	3,969	0,046
ENGAÑO O ROBO	9	5,5	4	5,9	0,014	0,905
VIOLACIÓN GRAV REGLS	11	6,7	3	4,4	0,447	0,504
ABUSO DROGAS	5	3,0	2	2,9	0,002	0,965
PSICOSIS	8	4,9	1	1,5	1,497	0,221
COMPR SUICIDA	1	0,6	1	1,5	0,417	0,519
OTROS	40	24,4	23	33,8	2,162	0,141

Figura 19. Problemas de Salud Mental 11-14 años en función del sexo



7.2. PREVALENCIA DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

La prevalencia/año para el conjunto de Problemas de Salud Mental detectados fue de $351(x10.000)^2$, IC:330-372. El problema de salud mental más prevalente fue la hiperactividad (85, IC:74-95), seguida de los problemas de eliminación (58, IC:49-66) y de la conducta antisocial (51, IC:43-59). Destaca, así mismo, la magnitud de la categoría denominada otros (51, IC:45-61) (Tabla IX).

Tabla IX. Prevalencia de Problemas de Salud Mental, total y por sexo (x10.000)

Problemas de Salud Mental	TOTAL			NIÑO			NIÑA		
	n	PREV.	IC (95%)	n	PREV	IC (95%)	n	PREV	IC (95%)
<i>Alteraciones de la eliminación</i>	167	58	(49-66)	125	84	(69-99)	42	30	(21-39)
Encopresis	35	12	(8-16)	27	18	(11-25)	8	6	(2-10)
Enuresis	132	46	(38-53)	98	66	(53-79)	34	24	(16-32)
<i>Alteraciones del sueño</i>	101	35	(28-42)	66	44	(34-55)	35	25	(17-33)
<i>Hiperactividad</i>	245	85	(74-95)	196	132	(113-150)	49	35	(25-45)
<i>Fobias</i>	54	19	(14-24)	30	20	(13-27)	24	17	(10-24)
<i>Estereotipias</i>	34	12	(8-16)	24	16	(10-23)	10	7	(3-12)
<i>Tartamudeo, timidez, mutismo</i>	45	16	(11-20)	29	19	(12-27)	16	11	(6-17)
<i>Alteraciones de la Conducta Alimentaria</i>	34	12	(8-16)	15	10	(5-15)	19	14	(7-20)
Anorexia	16	6	(3-8)	5	3	(0-16)	11	8	(3-12)
Bulimia	18	6	(3-9)	10	7	(3-11)	8	6	(2-10)
<i>Psicosis</i>	21	7	(4-10)	19	13	(7-19)	2	1	(0-3)
<i>Conducta antisocial</i>	148	51	(43-59)	116	78	(64-92)	32	23	(15-31)
Agresiones a personas/animales	64	22	(17-28)	48	32	(23-41)	16	11	(6-17)
Destrucción de la propiedad	34	12	(8-16)	28	19	(12-26)	6	4	(1-8)
Engaño o robo	26	9	(6-12)	20	13	(8-19)	6	4	(1-8)
Violación grave de reglas	24	8	(5-12)	20	13	(8-19)	4	3	(0-6)
<i>Abuso de drogas</i>	7	2	(1-4)	5	3	(0-6)	2	1	(0-3)
<i>Comportamiento suicida</i>	5	2	(0-3)	4	3	(0-5)	1	1	(0-2)
<i>Otros</i>	153	53	(45-61)	101	68	(55-81)	52	37	(27-47)
TOTAL	101	351	(330-372)	730	491	(456-525)	284	202	(179-226)

IC(95%)= Intervalo de Confianza del 95%.

² En lo sucesivo la prevalencia será dada x10.000.

Por sexos, se hallaron diferencias para la prevalencia total de problemas de salud mental, siendo de 491 en niños (IC:456-525), frente a 202 (IC:179-226) en niñas (Figura 20). Los problemas de salud mental más prevalentes en niños fueron la hiperactividad (132, IC: 113-150), los problemas de eliminación (84, IC:69-99) y la conducta antisocial (78, IC:64-92). Mientras que las niñas compartieron los dos primeros problemas como los más prevalentes, aunque con un peso mucho menor (hiperactividad: 35, IC:25-45; eliminación: 30, IC:21-39); en tercer lugar aparecieron los problemas de sueño (25, IC:17-33) y en cuarto lugar, a tan solo dos puntos, conducta antisocial (23, IC: 15-31). En ambos sexos, el peso de la categoría ‘otros’ alcanzó cifras considerables (68, IC:55-81 en niños; 37, IC:27-47 en niñas) tal y como se puede comprobar en la Figura 21.

Figura 20. Prevalencia Total de Problemas de Salud Mental en función del sexo (x 10.000)

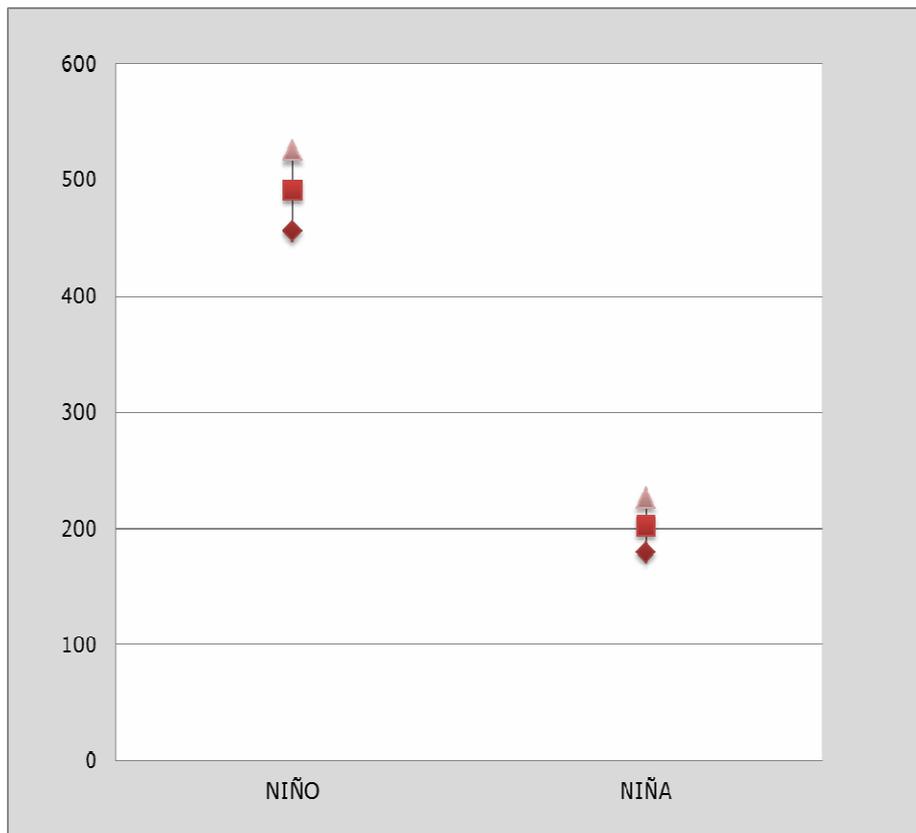
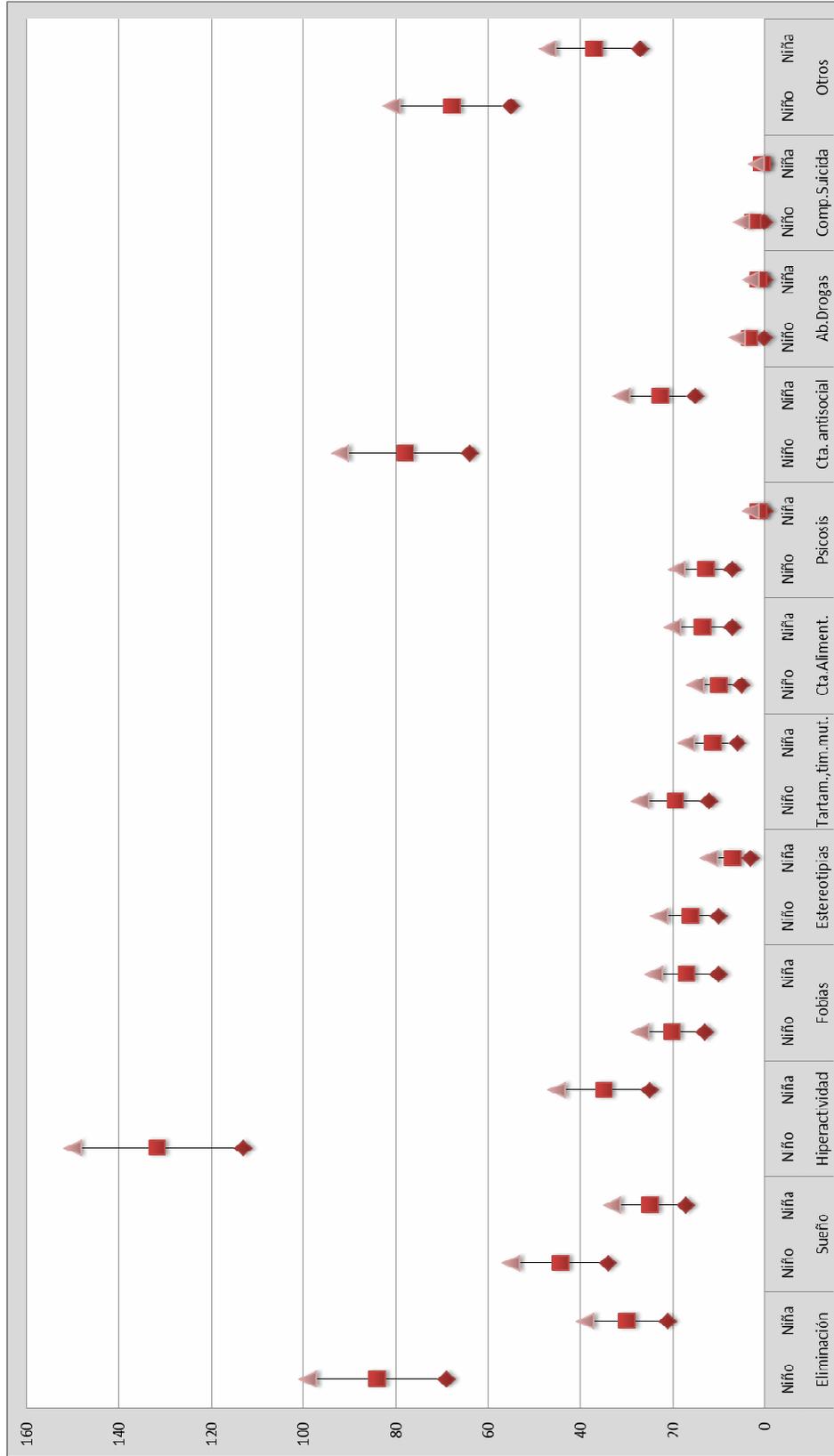
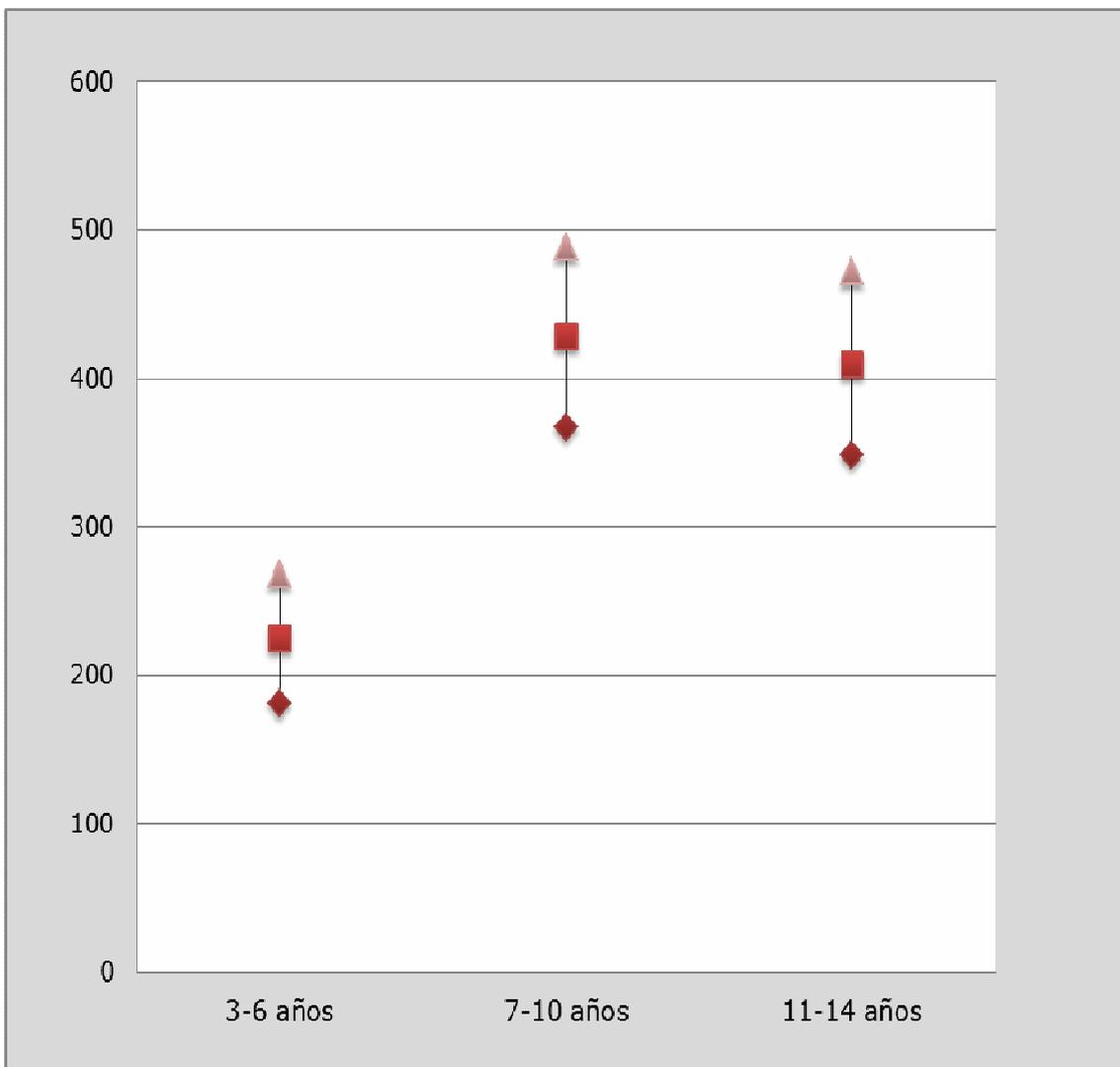


Figura 21. Prevalencia de problemas de salud mental en función del sexo (x10.000)



Por intervalos de edad, la prevalencia total de problemas de salud mental detectados entre los 3 y los 6 años fue inferior (225, IC:181-268) que en los otros dos grupos, donde se alcanzó una prevalencia de 428 (IC:367-489) y 410 (IC:348-472) para los grupos de 7-10 y 11-14, respectivamente (Figura 22).

Figura 22. Prevalencia Total de Problemas de Salud Mental en función de los intervalos de edad (x10.000)



En el intervalo de 3-6 años, la mayor prevalencia se presentó en los problemas de eliminación (59, IC:44-74), en segundo lugar la hiperactividad (43, IC:30-56) y, en tercer lugar, la conducta antisocial (33, IC:22-45).

En el siguiente intervalo, comprendido entre los 7 y los 10 años, la hiperactividad presentó la mayor prevalencia (100, IC:80-120), seguida de los problemas de eliminación (77, IC:59-94) y, finalmente, la conducta antisocial (49, IC:35-62).

Por último, en el grupo de edad mayor, entre los 11 y los 14 años, los problemas de salud mental principales, en cuanto a peso de prevalencia de enfermedad se refiere, continúan siendo los mismos, pero el orden pasa a ser el siguiente: hiperactividad (115, IC:93-137), ocupando el segundo lugar la conducta antisocial (74, IC:56-92) y, aparece la categoría de 'otros' con 70 (IC:52-87) (Tabla X).

A lo largo de las Figuras 23, 24 y 25 se pueden observar gráficamente las prevalencias en cada uno de los intervalos de edad de todos los problemas de salud mental detectados y cómo, en general, se observó una disminución progresiva con la edad de las alteraciones de la eliminación y del sueño, mientras que apareció un incremento de la hiperactividad y de la conducta antisocial

Es de destacar la prevalencia correspondiente a las fobias a partir de los 7 años de edad, que pasa a ser de 29 (IC:18-40) frente a tan sólo 6 (IC:1-11) en el grupo anterior (de 3 a 6 años) y, en abuso de drogas, tan sólo se presentó prevalencia a partir de los 11 años de edad.

Tabla X. Prevalencia de Problemas de Salud Mental en función de los intervalos de edad (x10.000)

Problemas de Salud Mental	3 - 6		7 - 10		11 - 14	
	n	PREV. IC (95%)	n	PREV. IC (95%)	n	PREV. IC (95%)
<i>Alteraciones de la eliminación</i>	60	59 (44-74)	74	77 (59-94)	33	36 (24-49)
Encopresis	13	13 (6-20)	16	17 (8-25)	6	7 (1-12)
Enuresis	47	46 (33-59)	58	60 (45-75)	27	30 (19-41)
<i>Alteraciones del sueño</i>	32	31 (21-42)	43	44 (31-58)	26	29 (18-40)
<i>Hiperactividad</i>	44	43 (30-56)	97	100 (80-120)	104	115 (93-137)
<i>Fobias</i>	6	6 (1-11)	28	29 (18-40)	20	22 (12-32)
<i>Estereotipias</i>	6	6 (1-11)	17	18 (9-26)	11	12 (5-19)
<i>Tartamudeo, timidez, mutismo</i>	8	8 (2-13)	23	24 (14-33)	14	15 (7-24)
<i>Alteraciones de la Conducta Alimentaria</i>	7	7 (2-12)	12	12 (5-19)	15	17 (8-25)
Anorexia	3	3 (0-6)	5	5 (1-10)	8	9 (3-15)
Bulimia	4	4 (0-8)	7	7 (2-13)	7	8 (2-13)
<i>Psicosis</i>	7	7 (2-12)	5	5 (1-10)	9	10 (3-16)
<i>Conducta antisocial</i>	34	33 (22-45)	47	49 (35-62)	67	74 (56-92)
Agresiones a personas/animales	17	17 (9-25)	22	23 (13-32)	25	28 (17-38)
Destrucción de la propiedad	12	12 (5-18)	7	7 (2-13)	15	17 (8-25)
Engaño o robo	3	3 (0-6)	10	10 (4-17)	13	14 (7-22)
Violación grave de reglas	2	2 (0-5)	8	8 (3-14)	14	15 (7-24)
<i>Abuso de drogas</i>	0	0 (0-0)	0	0 (0-0)	7	8 (2-13)
<i>Comportamiento suicida</i>	1	1 (0-3)	2	2 (0-5)	2	2 (0-5)
<i>Otros</i>	24	24 (14-33)	66	68 (52-85)	63	70 (52-87)
TOTAL	229	225 (181-268)	414	428 (367-489)	371	410 (348-472)

IC(95%)= Intervalo de Confianza del 95%.

Figura 23. Prevalencia de Problemas de Salud Mental 3-6 años (x10.000=)

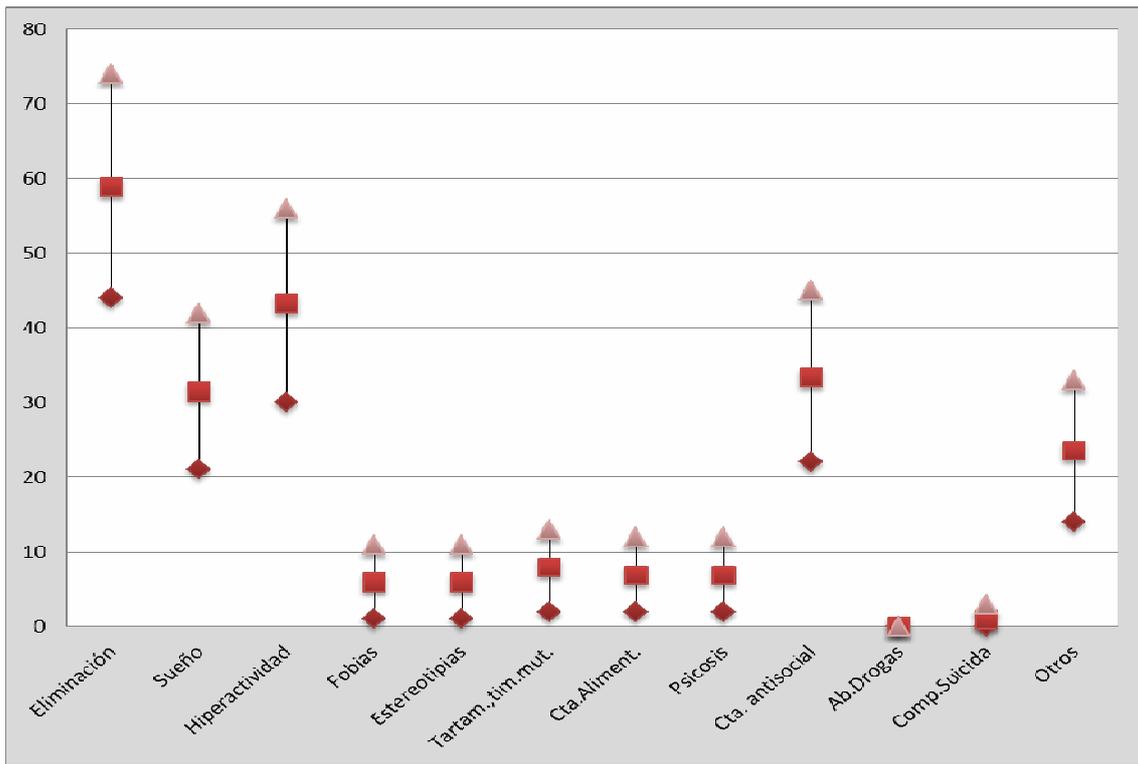


Figura 24. Prevalencia de Problemas de Salud Mental 7-10 años (x10.000)

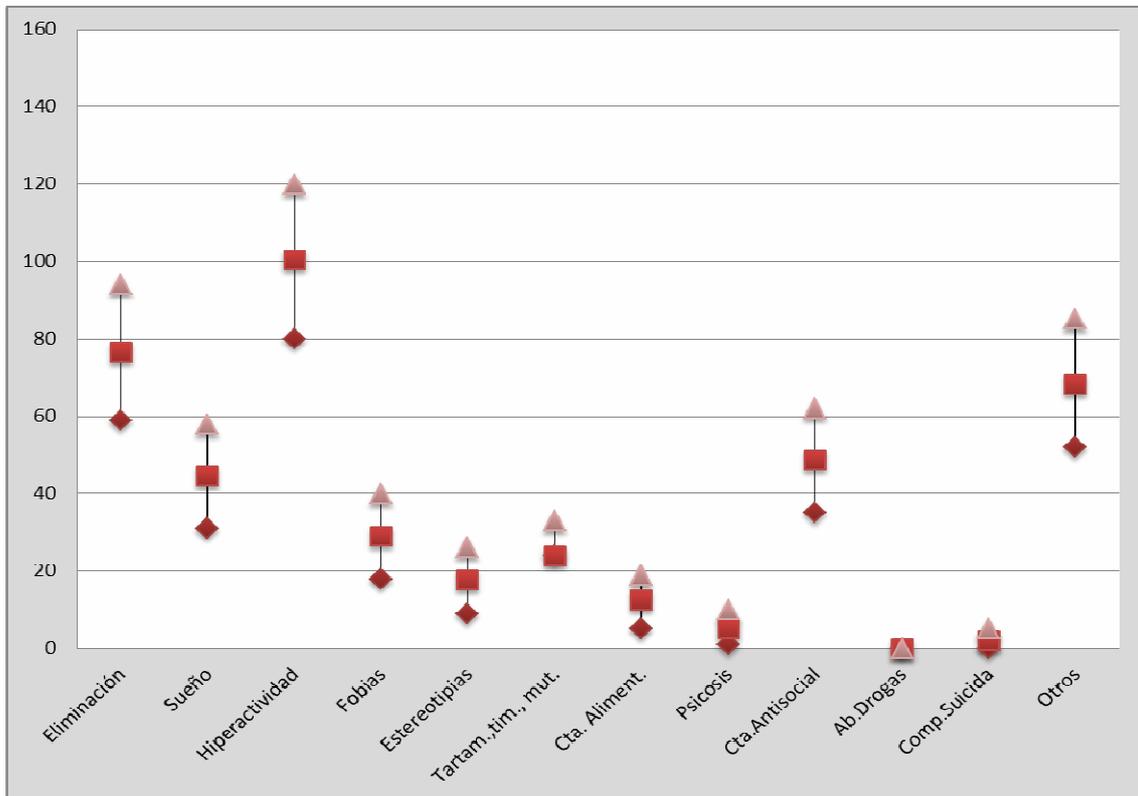
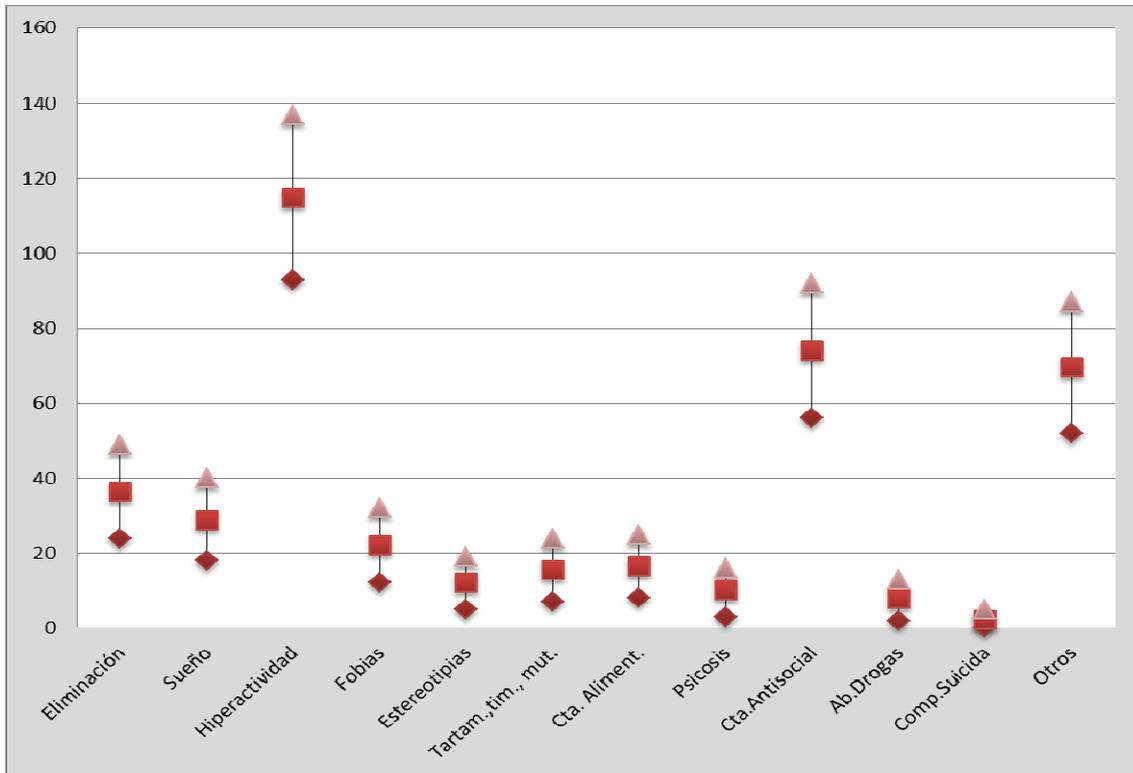


Figura 25. Prevalencia de Problemas de Salud Mental 11-14 años (x10.000)



Al desagregar por sexo y edad (Tabla XI), se encontraron unas prevalencias superiores en los niños, a partir de los 7 años de edad en adelante, en los problemas de eliminación y, en todos los grupos de edad en las categorías de hiperactividad y de conducta antisocial.

En problemas de sueño no hubo prevalencias diferenciadas por sexo e intervalo de edad. Finalmente, en problemas de la conducta alimentaria, la prevalencia para niñas, entre los 7 y los 10 años, fue 1,5 veces mayor que en los niños, y más de 2 veces mayor en el siguiente intervalo de edad, es decir, entre los 11 y los 14 años.

Tabla XI. Prevalencia de los principales Problemas de Salud Mental agrupados, en función de los intervalos de edad y el sexo (x10.000)

Problemas de Salud Mental	3-6		7-10		11-14	
	Niño	Niña	Niño	Niña	Niño	Niña
Alteraciones de la Eliminación	66 (44-88)	51 (31-71)	130 (98-161)	21 (8-34)	56 (34-77)	16 (4-28)
Alteraciones del Sueño	38 (21-54)	24 (11-38)	61 (39-83)	27 (13-42)	34 (18-51)	23 (9-37)
Hiperactividad	64 (43-86)	20 (8-33)	158 (123-193)	40 (22-58)	180 (142-218)	46 (26-66)
Alteraciones de la Conducta Alimentaria	9 (1-18)	4 (0-10)	10 (1-19)	15 (4-26)	11 (1-20)	23 (9-37)
Conducta Antisocial	49 (30-68)	16 (5-28)	71 (48-94)	25 (11-40)	118 (87-149)	28 (12-43)

IC(95%)= Intervalo de Confianza del 95%.

Alteraciones de la Eliminación= Enuresis y Encopresis. Alteraciones de la Conducta Alimentaria= Anorexia y Bulimia.

Conducta Antisocial= Agresiones a personas o animales, Destrucción de la propiedad, Engaño o Robo y Violación grave de reglas.

7.3. ÁMBITOS DE IMPACTO

Los problemas de salud mental detectados incidieron sobre diversos contextos de funcionamiento de los niños y adolescentes. Como se ha dicho en el apartado de Instrumento de evaluación, para el presente estudio, estos contextos, denominados Áreas de Impacto, quedaron establecidos en las categorías de Familia, Escuela, Grupo de Compañeros y Actividades de ocio.

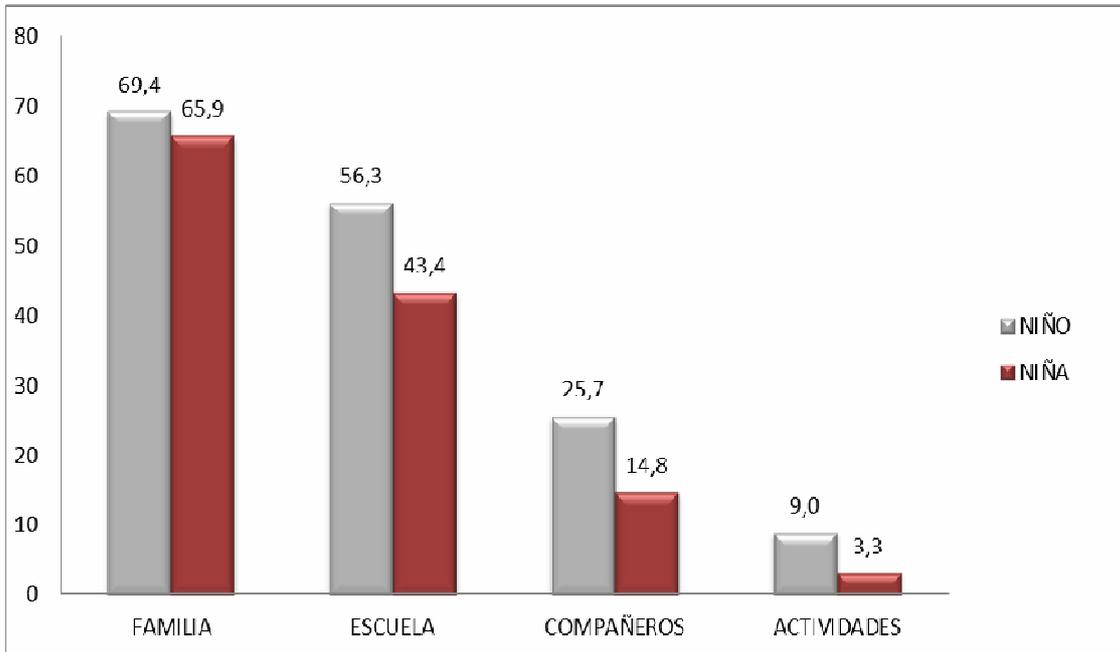
De entre ellos, la familia quedó registrada como la principal área de impacto de los problemas de salud mental detectados, en un total de 428 casos (68,4%), seguido de la escuela con 329 casos (52,2%) (Tabla XII).

TABLA XII. Distribución de las áreas de impacto total y por sexo

ÁREAS DE IMPACTO	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
FAMILIA	428	68,4	308	69,4	120	65,9	0,704	0,401
ESCUELA	329	52,6	250	56,3	79	43,4	8,615	0,003
COMPAÑEROS	141	22,5	114	25,7	27	14,8	8,693	0,003
ACTIVIDADES	46	7,3	40	9,0	6	3,3	6,187	0,013

Por sexos, se encontraron diferencias significativas en las áreas de escuela ($\chi^2=8,615$; $p=0,003$), compañeros ($\chi^2=8,693$; $p=0,003$) y en actividades de ocio ($\chi^2=6,187$; $p=0,013$) (Figura 26) obteniendo los niños mayores porcentajes en todas ellas.

Figura 26. Distribución Áreas de Impacto por sexo (%)



Se desagregaron los datos por intervalos de edad y sexo y se obtuvo diferencias significativas en el intervalo de 3-6 años a favor de los niños en escuela ($\chi^2=6,814$; $p=0,009$), grupo de compañeros ($\chi^2=5,260$; $p=0,022$) y en actividades de ocio ($\chi^2=3,754$; $p=0,053$); en el intervalo de 7-10 años, también a favor de los niños, se encontraron diferencias en el área familia ($\chi^2=3,727$; $p=0,054$) y con el grupo de compañeros ($\chi^2=3,950$; $p=0,047$). Por último, en el intervalo de edad comprendido entre los 11 y los 14 años no hubo diferencias significativas en ninguna de las áreas de impacto estudiadas (Tabla XIII).

Tabla XIII. Distribución de las Áreas de Impacto según intervalos de edad y sexo

3-6 AÑOS

ÁREAS DE IMPACTO	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
FAMILIA	92	63,4	61	63,5	31	63,3	0,001	0,974
ESCUELA	57	39,3	45	46,9	12	24,5	6,814	0,009
COMPAÑEROS	23	15,9	20	20,8	3	6,1	5,260	0,022
ACTIVIDADES	7	4,8	7	7,3	0	0,0	3,754	0,053

7-10 AÑOS

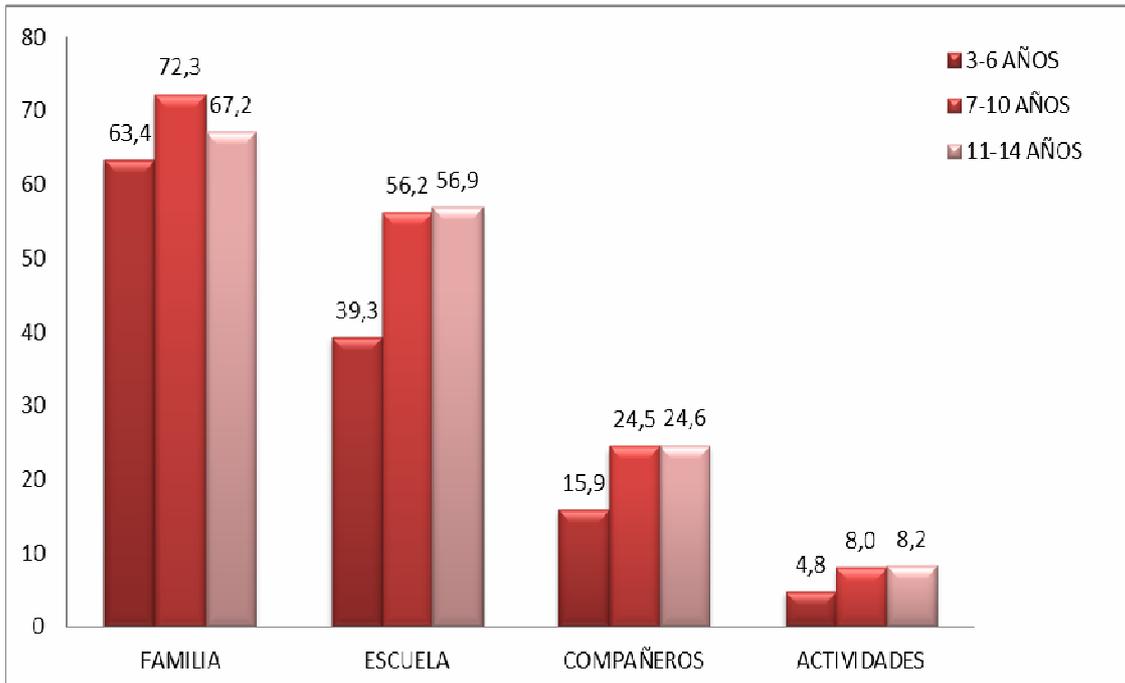
ÁREAS DE IMPACTO	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
FAMILIA	180	72,3	139	75,5	41,0	63,1	3,727	0,054
ESCUELA	140	56,2	109	59,2	31,0	47,7	2,602	0,107
COMPAÑEROS	61	24,5	51	27,7	10,0	15,4	3,950	0,047
ACTIVIDADES	20	8	16	8,7	4	6,2	0,420	0,517

11-14 AÑOS

ÁREAS DE IMPACTO	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
FAMILIA	156	67,2	108	65,9	48	70,6	0,489	0,484
ESCUELA	132	56,9	96	58,5	36	52,9	0,614	0,433
COMPAÑEROS	57	24,6	43	26,2	14	20,6	0,823	0,364
ACTIVIDADES	19	8,2	17	10,4	2	2,9	3,524	0,060

Por intervalos de edad (Figura 27) se aprecia cómo la familia es el contexto sobre el que impactan prioritariamente los problemas de salud mental y a lo largo de todas las edades (63% entre los 3-6 años, 72,3% entre los 7-10 años y 67,2% entre los 11-14 años). En el resto de áreas de impacto, de menor peso porcentual, se observa visualmente un fenómeno común: existe un salto porcentual entre el primer intervalo de edad y los siguientes, el cual se visualiza en las tres áreas de impacto restantes, tanto en la escuela, como los compañeros y las actividades de ocio (de 39,3% a 56,2% en escuela, de 15,9% a 24,5% en compañeros, de 4,8% a 8,0% en actividades).

Figura 27. Distribución Áreas de Impacto por intervalo de edad (%)



Tras el análisis diferencial por intervalos de edad, comparando los tres intervalos de edad (Tabla XIV.a), se hallaron diferencias significativas en el área de la escuela ($\chi^2=13,300$; $p=0,001$).

En el análisis diferencial por pares de intervalos de edad (Tabla XIV.b), para la comparación entre los 3-6 años y los 7-10, se hallaron diferencias significativas en la escuela ($\chi^2=10,487$; $p=0,001$) y el grupo de compañeros ($\chi^2=4,074$; $p=0,044$); en la comparación entre 3-6 años y 11-14 años, se hallaron diferencias significativas, de nuevo, en la escuela ($\chi^2=11,039$; $p=0,001$) y con los compañeros ($\chi^2=4,046$; $p=0,044$). Finalmente, tras la comparación entre los intervalos superiores, de 7-10 años con el de 11-14 años, no se obtuvo diferencias significativas en ninguna de las áreas de impacto.

Tabla XIV.a Distribución y diferenciales de Áreas de Impacto por intervalo de edad

	3-6 años		7-10 años		11-14 años		χ^2 (gl2)	p
	n	%	n	%	n	%		
FAMILIA	92	63,4	180	72,3	156	67,2	3,529	0,171
ESCUELA	57	39,3	140	56,2	132	56,9	13,300	0,001
COMPAÑEROS	23	15,9	61	24,5	57	24,6	4,800	0,091
ACTIVIDADES	7	4,8	20	8,0	19	8,2	1,765	0,414

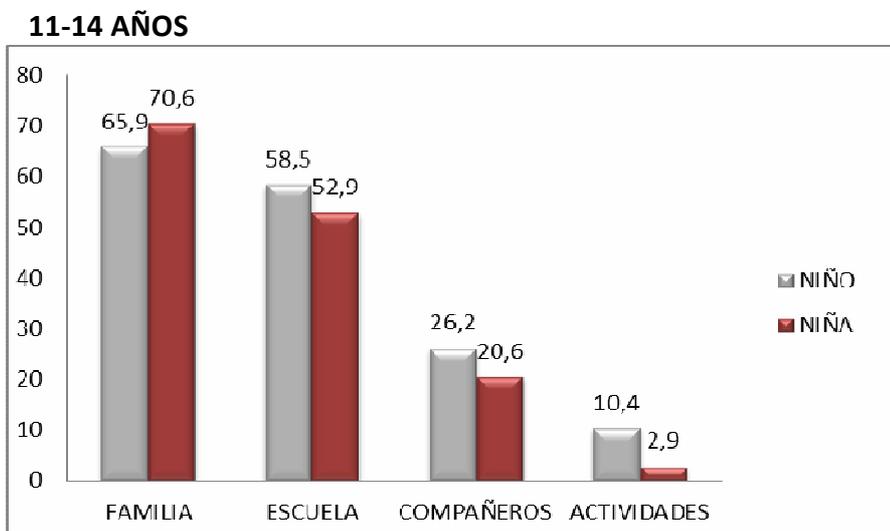
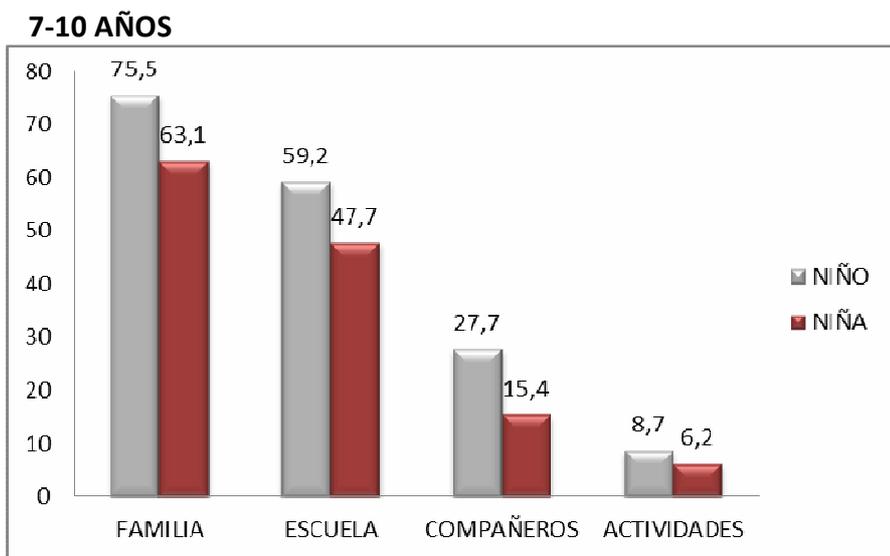
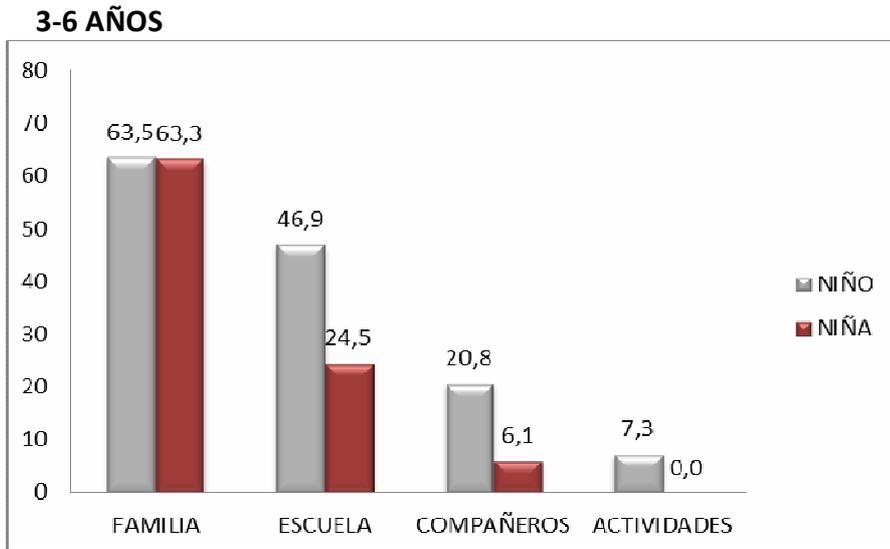
Tabla XIV.b Diferenciales por pares de intervalos de edad

	3-6 Y 7-10		3-6 Y 11-14		7-10 Y 11-14	
	χ^2 (gl1)	p	χ^2 (gl1)	p	χ^2 (gl1)	p
FAMILIA	3,351	0,067	0,570	0,450	1,453	0,228
ESCUELA	10,487	0,001	11,039	0,001	0,022	0,882
COMPAÑEROS	4,074	0,044	4,046	0,044	0,000	0,986
ACTIVIDADES	1,474	0,225	1,571	0,210	0,004	0,950

En la Figura 28 se muestra la apreciación visual de conjunto por intervalos de edad y sexo. En ella podemos comprobar cómo en todos los intervalos de edad y en ambos sexos el orden de las áreas de impacto es constante, esto es, siempre es la familia el principal contexto sobre el que impactan los problemas de salud mental, en segundo lugar aparece la escuela, en tercer lugar el grupo de compañeros y, por último, en cuarto lugar las actividades de ocio.

Se aprecia, igualmente, la distancia entre la familia y el resto de los contextos, habiendo una mayor diferenciación por sexos en el primer intervalo, para, progresivamente, tender a una proporción más igualitaria de las áreas de impacto en la edad de 11-14 años. Persiste, no obstante, esta diferencia en el área de actividades, como visualmente se puede comprobar.

Figura 28. Distribución de las Áreas de Impacto por intervalos de edad y sexo (%)



7.4. FACTORES DE RIESGO

En relación con los problemas de salud mental detectados, fueron recogidos los siguientes factores de riesgo: absentismo escolar, bajo nivel socioeconómico, familia desestructurada, enfermedad mental de los padres, proceso de separación o divorcio, violencia intrafamiliar, cambio frecuente de vivienda, maltrato físico o abuso sexual, negligencia y otros. Para cada caso, por el pediatra correspondiente se asoció uno o más factores de riesgo simultáneamente.

De entre ellos, la familia desestructurada fue el de mayor peso ya que se presentó en 114 casos (18,2%), seguido del bajo nivel socioeconómico con 59 casos (9,4%) y, en tercer lugar, los procesos de separación o divorcio con 50 casos (8%). En niños, este orden se mantuvo, pero en niñas, el tercer factor de riesgo de mayor peso no fueron los procesos de separación o divorcio sino la categoría de otros (9,3%). Se halló significación estadística a favor de las niñas en la categoría de maltrato físico o abuso sexual ($\chi^2=6,339$; $p=0,012$) (Tabla XV).

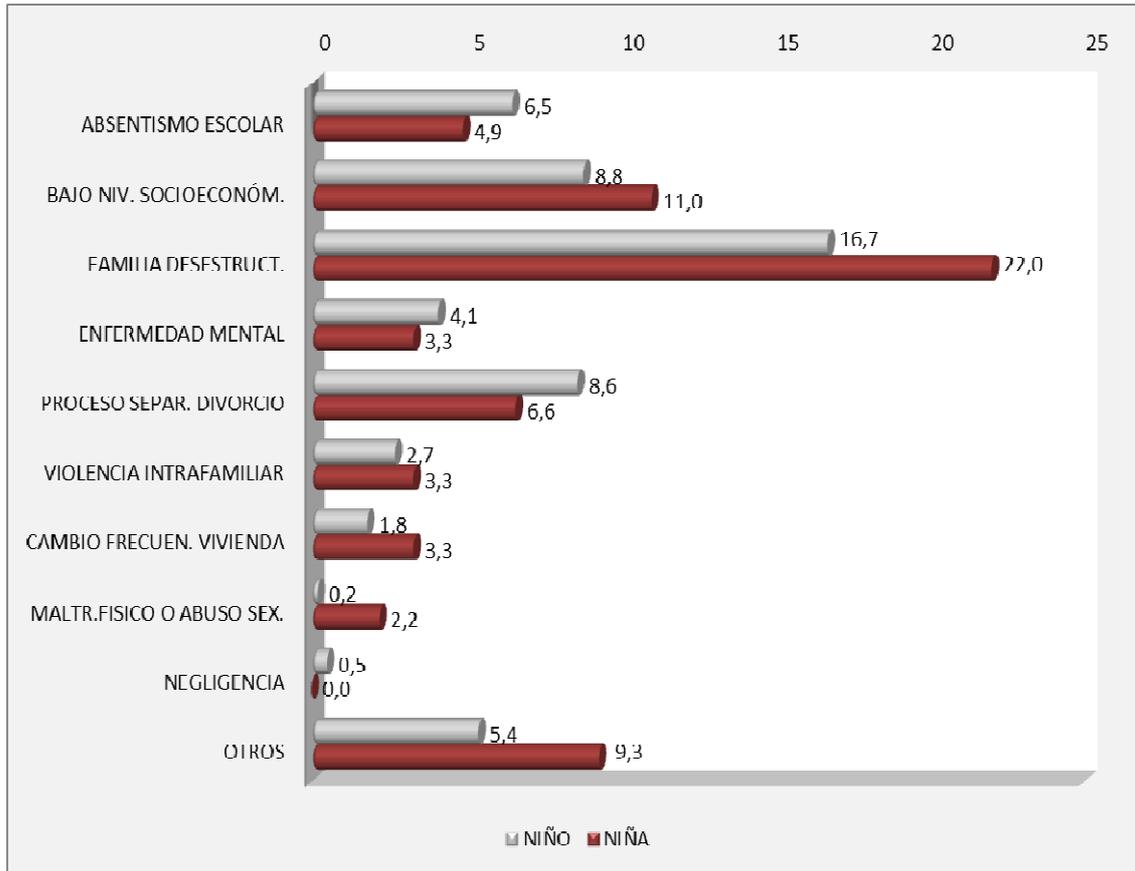
Tabla XV. Distribución de los factores de riesgo total y por sexo.

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
ABSENTISMO ESCOLAR	38	6,1	29	6,5	9	4,9	0,570	0,450
BAJO N.SOCIOECONÓMICO	59	9,4	39	8,8	20	11,0	0,735	0,391
FAMILIA DESESTRUCTURADA	114	18,2	74	16,7	40	22,0	2,445	0,118
ENFERMEDAD MENTAL	24	3,8	18	4,1	6	3,3	0,201	0,654
PROCESO SEPAR.DIVORCIO	50	8	38	8,6	12	6,6	0,678	0,410
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	18	2,9	12	2,7	6	3,3	0,163	0,686
CAMBIO FRECUEN.VIVIENDA	14	2,2	8	1,8	6	3,3	1,319	0,251
MALTRATO FISICO O ABUSO	5	0,8	1	0,2	4	2,2	6,339	0,012
NEGLIGENCIA	2	0,3	2	0,5	0	0,0	0,822	0,364
OTROS	41	6,5	24	5,4	17	9,3	3,266	0,071

La figura 29 nos muestra visualmente la proporción por sexos, destacando la diferencia en la categoría de familia desestructurada, con un 22,0% para niñas y un 16,7% en

niños. Por otro lado, la categoría 'otros' presenta una relación casi de dos a uno por sexos (9,3% en niñas y 5,4% en niños).

Figura 29. Distribución de los factores de riesgo por sexo (%)



Se desagregaron los datos por intervalos de edad y sexo (Tabla XVI), hallándose diferencias significativas en el intervalo de edad de 11 a 14 años, para la categoría de maltrato físico o abuso sexual a favor de las niñas ($\chi^2=4,865$; $p=0,027$).

Tabla XVI. Distribución de los factores de riesgo según intervalos de edad y sexo

3-6 AÑOS

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		NIÑO		NIÑA		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
ABSENTISMO ESCOLAR	4	2,8	4	4,2	0	0	2,1	0,147
BAJO N.SOCIOECONÓMICO	14	9,7	9	9,4	5	10,2	0,026	0,873
FAMILIA DESESTRUCTURADA	21	14,5	12	12,5	9	18,4	0,902	0,342
ENFERMEDAD MENTAL	6	4,1	5	5,2	1	2,0	0,821	0,365
PROCESO SEPAR.DIVORCIO	10	6,9	7	7,3	3	6,1	0,069	0,793
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	4	2,8	4	4,2	0	0,0	2,1	0,147
CAMBIO FRECUEN.VIVIENDA	3	2,1	1	1,0	2	4,1	1,48	0,224
MALTRATO FISICO O ABUSO	2	1,4	1	1,0	1	2,0	0,238	0,626
NEGLIGENCIA	0	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-
OTROS	8	5,5	5	5,2	3	6,1	0,052	0,820

7-10 AÑOS

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		NIÑO		NIÑA		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
ABSENTISMO ESCOLAR	11	4,4	10	5,4	1	1,5	1,727	0,189
BAJO N.SOCIOECONÓMICO	19	7,6	11	6,0	8	12,3	2,730	0,098
FAMILIA DESESTRUCTURADA	53	21,3	37	20,1	16	24,6	0,582	0,445
ENFERMEDAD MENTAL	10	4,0	8	4,3	2	3,1	0,201	0,654
PROCESO SEPAR.DIVORCIO	20	8	14	7,6	6	9,2	0,171	0,679
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	7	2,8	4	2,2	3	4,6	1,048	0,306
CAMBIO FRECUEN.VIVIENDA	8	3,2	5	2,7	3	4,6	0,556	0,456
MALTRATO FISICO O ABUSO	1	0,4	0	0,0	1	1,5	2,842	0,092
NEGLIGENCIA	1	0,4	1	0,5	0	0,0	0,355	0,551
OTROS	19	7,6	11	6,0	8	12,3	2,730	0,098

11-14 AÑOS

FACTORES DE RIESGO	TOTAL		NIÑO		NIÑA		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
ABSENTISMO ESCOLAR	23	9,9	15	9,1	8	11,8	0,369	0,544
BAJO N.SOCIOECONÓMICO	26	11,2	19	11,6	7	10,3	0,081	0,777
FAMILIA DESESTRUCTURADA	40	17,2	25	15,2	15	22,1	1,565	0,211
ENFERMEDAD MENTAL	8	3,4	5	3,0	3	4,4	0,268	0,605
PROCESO SEPAR.DIVORCIO	20	8,6	17	10,4	3	4,4	2,163	0,141
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	7	3	4	2,4	3	4,4	0,639	0,424
CAMBIO FRECUEN.VIVIENDA	3	1,3	2	1,2	1	1,5	0,024	0,878
MALTRATO FISICO O ABUSO	2	0,9	0	0,0	2	2,9	4,865	0,027
NEGLIGENCIA	1	0,4	1	0,6	0	0,0	0,416	0,519
OTROS	14	6	8	4,9	6	8,8	1,320	0,251

Tras el análisis diferencial por intervalos de edad, comparando los tres intervalos (Tabla XVII.a), se hallaron diferencias significativas únicamente en la categoría de absentismo escolar ($\chi^2=9,992$; $p=0,007$).

En el diferencial por pares de intervalos de edad (Tabla XVII.b) no hubo diferencias entre el primer y segundo intervalo en ninguna de las categorías. En cambio, sí que fueron halladas diferencias, aunque tan sólo en la categoría de absentismo escolar, entre el primer y tercer intervalo ($\chi^2=6,871$; $p=0,009$) y entre el segundo y el tercero ($\chi^2=5,523$; $p=0,019$).

Tabla XVII.a Distribución y diferenciales de factores de riesgo por intervalos de edad

	3-6 años		7-10 años		11-14 años		$\chi^2(g12)$	P
	n	%	n	%	n	%		
ABSENTISMO ESCOLAR	4	2,8	11	4,4	23	9,9	9,992	0,007
BAJO N.SOCIOECONÓMICO	14	9,7	19	7,6	26	11,2	1,811	0,404
FAMILIA DESESTRUCTURADA	21	14,5	53	21,3	40	17,2	3,079	0,214
ENFERMEDAD MENTAL	6	4,1	10	4,0	8	3,4	0,152	0,927
PROCESO SEPAR.DIVORCIO	10	6,9	20	8	20	8,6	0,632	0,834
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	4	2,8	7	2,8	7	3	0,027	0,986
CAMBIO FRECUEN.VIVIENDA	3	2,1	8	3,2	3	1,3	2,049	0,359
MALTRATO FISICO O ABUSO	2	1,4	1	0,4	2	0,9	1,124	0,570
NEGLIGENCIA	0	0	1	0,4	1	0,4	0,608	0,738
OTROS	8	5,5	19	7,6	14	6	0,828	0,661

Tabla XVII.b Diferenciales de los factores de riesgo por pares de intervalos de edad

	3-6 Y 7-10		3-6 Y 11-14		7-10 Y 11-14	
	$\chi^2(g11)$	P	$\chi^2(g11)$	P	$\chi^2(g11)$	P
ABSENTISMO ESCOLAR	0,689	0,407	6,871	0,009	5,523	0,019
BAJO N.SOCIOECONÓMICO	0,489	0,484	0,227	0,634	1,811	0,178
FAMILIA DESESTRUCTURADA	2,780	0,095	0,501	0,479	1,259	0,262
ENFERMEDAD MENTAL	0,003	0,953	0,119	0,730	0,107	0,743
PROCESO SEPAR.DIVORCIO	0,168	0,682	0,362	0,547	0,055	0,815
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	0,001	0,976	0,021	0,885	0,018	0,893
CAMBIO FRECUEN.VIVIENDA	0,442	0,506	0,343	0,558	1,981	0,159
MALTRATO FISICO O ABUSO	1,159	0,282	0,227	0,633	0,411	0,522
NEGLIGENCIA	0,584	0,445	0,627	0,429	0,003	0,960
OTROS	0,641	0,423	0,043	0,835	0,479	0,489

Proporcionalmente, la comparación entre los intervalos de edad (Figura 30) nos muestra cómo el peso de la familia desestructurada destaca sobre los demás y, en el grupo intermedio, de 7 a 10 años, es considerablemente superior (21,3%, frente a un 17,2% para los mayores y 14,5% para los más pequeños).

Así mismo, se aprecia un incremento, conforme avanza la edad, de absentismo escolar, multiplicando por tres el porcentaje del primer intervalo (3 a 6 años) en el último intervalo (11-14 años), pasando de un 2,8% a un 9,9%.

Figura 30. Distribución de los Factores de Riesgo por intervalo de edad (%)

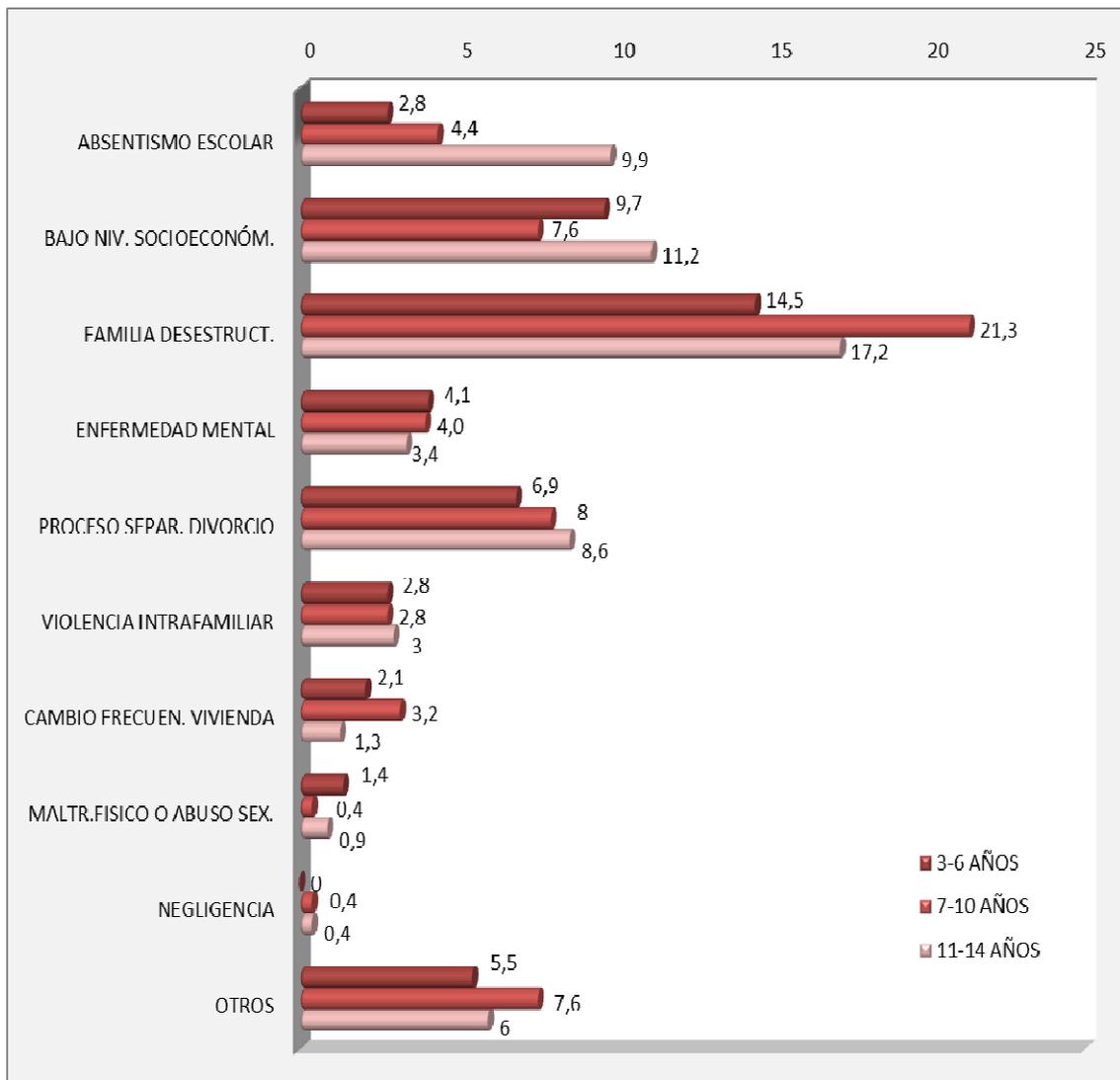
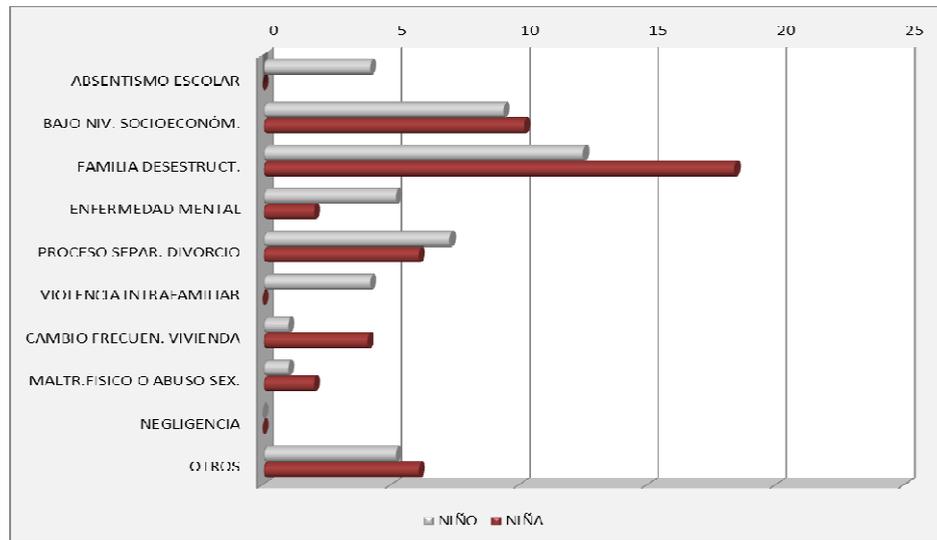
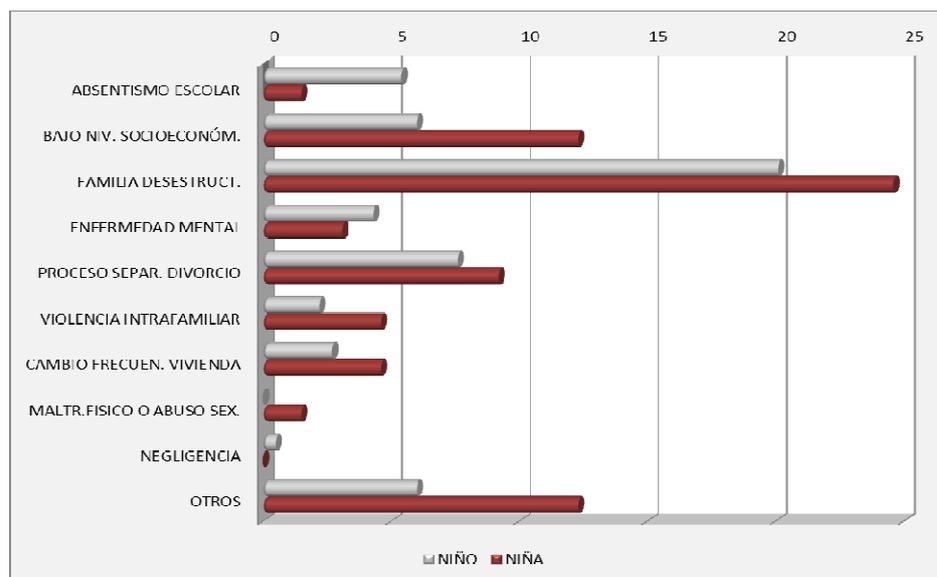


Figura 31. Distribución de los Factores de Riesgo por intervalos de edad y sexo (%)

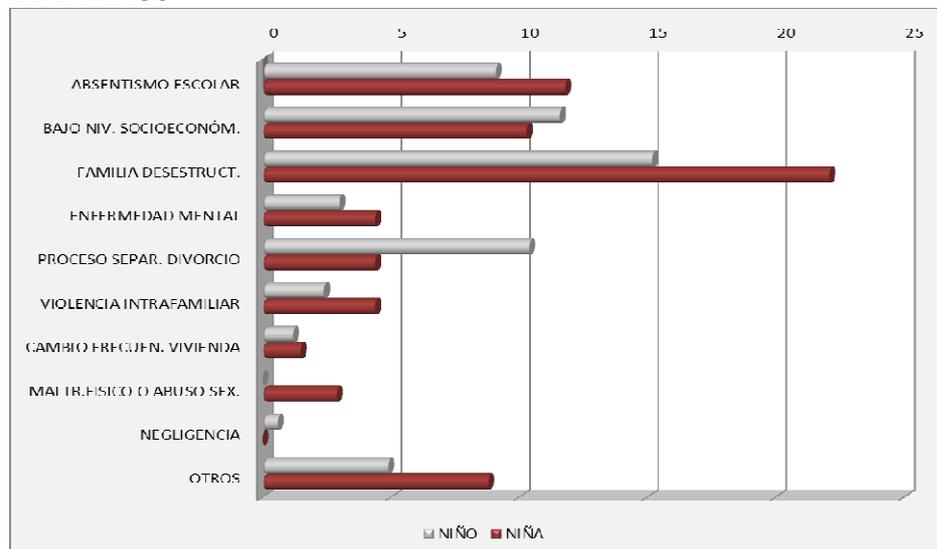
3-6 AÑOS



7-10 AÑOS



11-14 AÑOS



Finalmente, en la Figura 31 se muestra visualmente el peso de cada factor por sexo e intervalo de edad, de manera que destaca gráficamente la categoría de familia desestructurada, especialmente en niñas y, muy concretamente, en el intervalo de 7-10 años. De igual modo, se puede comprobar la variación del factor absentismo escolar, a lo largo de todos los intervalos de edad y por sexos.

7.5. ACTITUD TERAPÉUTICA

A partir de los problemas de salud mental detectados, los facultativos especialistas en pediatría establecieron las posibles decisiones clínicas, que quedaron recogidas bajo la denominación de 'actitud terapéutica'. Para el presente estudio fueron recogidas las siguientes: consejo/apoyo al niño, consejo/apoyo a los padres, farmacoterapia, derivación, imposible de actuar y otros. Para cada caso, el pediatra correspondiente asignó una o más decisiones o actitudes terapéuticas simultáneamente.

Para el presente análisis se obtuvo, además, la variable consejo/apoyo a la familia, que incluye aquellos casos en los que el pediatra decidió dar consejo o apoyo tanto al niño como a los padres, por tanto, a la unidad familiar en su conjunto. La categoría 'otros' fue descartada de cara al análisis estadístico pormenorizado debido a su reducido peso.

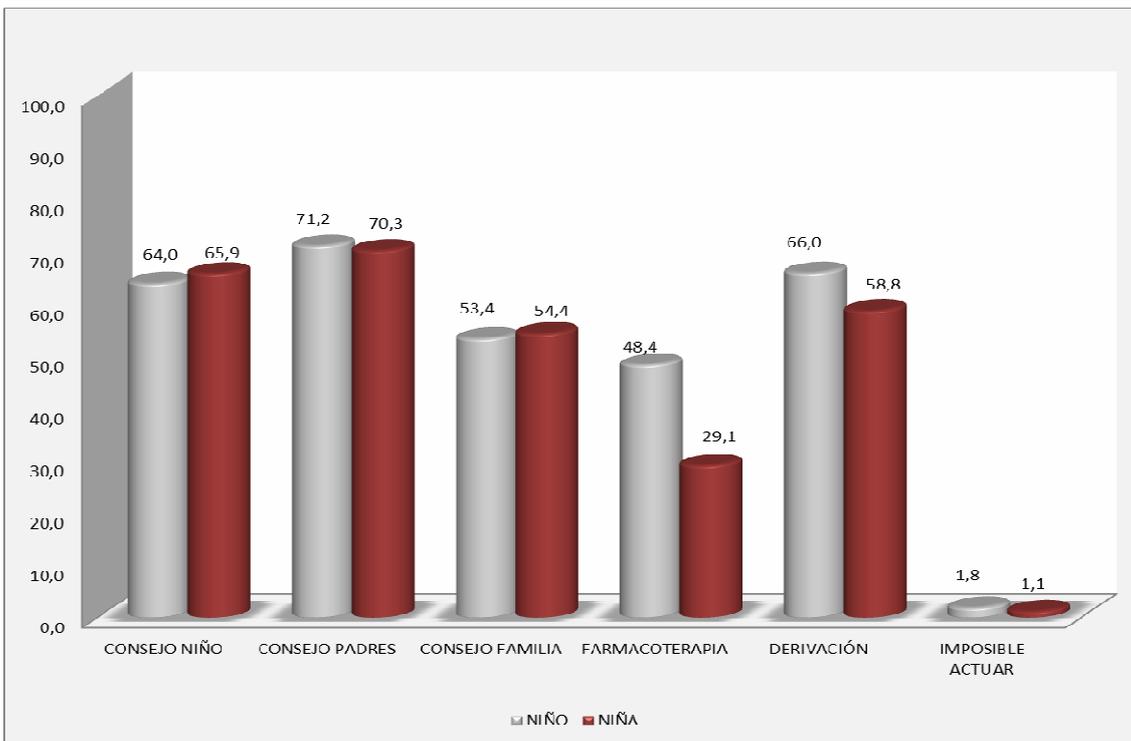
Tal y como figura en la Tabla XVIII, la actitud terapéutica que se aplicó en primer lugar fue la de consejo/apoyo a los padres, con un total de 444 casos (70,9%); en segundo lugar, fue el consejo/apoyo al niño, con un total de 404 casos (64,5%). El consejo a la familia -aquella actitud donde se ofrece consejo tanto al niño como a los padres-, alcanzó algo más de la mitad de los casos (336, 53,7%). Cerca de la mitad de los casos recibieron farmacoterapia (42,8%) y casi dos tercios fue derivado a otras instancias (63,9%). Por sexos, hubo diferencias significativas en la categoría de farmacoterapia a favor de los niños ($\chi^2=19,644$; $p=0,000$).

Tabla XVIII. Distribución de la actitud terapéutica, total y por sexo.

ACTITUD TERAPEÚTICA	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ ²	p
	n	%	n	%	n	%		
CONSEJO/APOYO NIÑO	404	64,5	284	64,0	120	65,9	0,219	0,640
CONSEJO/APOYO PADRES	444	70,9	316	71,2	128	70,3	0,044	0,833
CONSEJO APOYO FAMILIA	336	53,7	237	53,4	99	54,4	0,054	0,817
FARMACOTERAPIA	268	42,8	215	48,4	53	29,1	19,644	0,000
DERIVACIÓN	400	63,9	293	66,0	107	58,8	2,901	0,089
IMPOSIBLE ACTUAR	10	1,6	8	1,8	2	1,1	0,406	0,524

La Figura 31 nos muestra visualmente la proporción por sexos, donde podemos apreciar la similitud de la actitud terapéutica del pediatra en cuanto al consejo o apoyo, tanto a los niños y niñas, como a sus familias. La categoría de derivación muestra una diferencia de 7,2% a favor de los niños, sin llegar a la significación estadística. Destaca, sin lugar a dudas, la diferencia en la categoría de farmacoterapia (48,4% en niños frente a 29,1% en niñas). Finalmente, se puede apreciar cómo los casos en los que fue imposible actuar constituyeron un conjunto muy reducido: apenas el 1,8% en niños y el 1,1% en niñas.

Figura 31. Distribución de la actitud terapéutica por sexo (%)



Se desagregaron los datos por intervalos de edad y sexo (Tabla XIX), hallándose diferencias significativas en el intervalo de 3 a 6 años a favor de las niñas para las categorías de consejo/apoyo a los padres ($\chi^2=4,275$; $p=0,039$), consejo/apoyo a la familia ($\chi^2=4,643$; $p=0,031$); y a favor de los niños en derivación ($\chi^2=10,736$; $p=0,001$).

En el intervalo de 7 a 10 años, se hallaron diferencias significativas a favor de los niños en las categorías de consejo/apoyo a los padres ($\chi^2=5,511$; $p=0,019$), consejo/apoyo a la familia ($\chi^2=4,817$; $p=0,028$) y, finalmente, en la categoría de derivación ($\chi^2=7,724$; $p=0,005$). La única diferencia encontrada en el siguiente intervalo de 11 a 14 años fue en farmacoterapia en niños ($\chi^2=12,576$; $p=0,000$).

Tabla XIX. Distribución de la actitud terapéutica según intervalos de edad y sexo

3-6 AÑOS

ACTITUD TERAPEÚTICA	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
CONSEJO/APOYO NIÑO	105	72,4	66	68,8	39	79,6	1,909	0,167
CONSEJO/APOYO PADRES	120	82,8	75	78,1	45	91,8	4,275	0,039
CONSEJO APOYO FAMILIA	92	63,4	55	57,3	37	75,5	4,643	0,031
FARMACOTERAPIA	26	17,9	18	18,8	8	16,3	0,129	0,719
DERIVACIÓN	72	49,7	57	59,4	15	30,6	10,736	0,001

7-10 AÑOS

ACTITUD TERAPEÚTICA	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
CONSEJO/APOYO NIÑO	167	67,1	127	69	40	61,5	1,218	0,270
CONSEJO/APOYO PADRES	181	72,7	141	76,6	40	61,5	5,511	0,019
CONSEJO APOYO FAMILIA	140	56,2	111	60,3	29	44,6	4,817	0,028
FARMACOTERAPIA	125	50,2	102	55,4	23	35,4	7,724	0,005
DERIVACIÓN	158	63,5	117	63,6	41	63,1	0,005	0,941

11-14 AÑOS

ACTITUD TERAPEÚTICA	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
CONSEJO/APOYO NIÑO	132	56,9	91	55,5	41	60,3	0,453	0,501
CONSEJO/APOYO PADRES	143	61,6	100	61,0	43	63,2	0,104	0,747
CONSEJO APOYO FAMILIA	104	44,8	71	43,3	33	48,5	0,533	0,465
FARMACOTERAPIA	117	50,4	95	57,9	22	32,4	12,576	0,000
DERIVACIÓN	170	73,3	119	72,6	51	75,0	0,146	0,702

Tras el análisis diferencial por intervalos de edad, comparando los tres intervalos, se hallaron diferencias significativas en todas las categorías salvo en la de 'imposible actuar' (Tabla XX.a).

En el diferencial por pares de intervalos de edad, entre el primer intervalo y el tercero sí que fueron halladas diferencias en todas las categorías; sin embargo, en el diferencial entre el primer y segundo intervalo, sólo fueron halladas diferencias en las categorías de consejo/apoyo a padres ($\chi^2=5,151$; $p=0,023$), farmacoterapia ($\chi^2=40,371$; $p=0,000$) y en derivación ($\chi^2=7,181$; $p=0,007$). Por último, en la comparación entre el intervalo de 7-10 años y 11-14 años no hubo diferencias en farmacoterapia, manteniéndose la constante diferencial en el resto (Tabla XX.b.).

Tabla XX.a Distribución y diferenciales de la actitud terapéutica por intervalo de edad

	3-6 años		7-10 años		11-14 años		χ^2 (gl2)	p
	n	%	n	%	n	%		
CONSEJO/APOYO NIÑO	105	72,4	167	67,1	132	56,9	10,545	0,005
CONSEJO/APOYO PADRES	120	82,8	181	72,7	143	61,6	19,927	0,000
CONSEJO APOYO FAMILIA	92	63,4	140	56,2	104	44,8	13,525	0,001
FARMACOTERAPIA	26	17,9	125	50,2	117	50,4	47,717	0,000
DERIVACIÓN	72	49,7	158	63,5	170	73,3	21,617	0,000
IMPOSIBLE ACTUAR	1	7,0	5	2,0	4	1,7	1,051	0,591

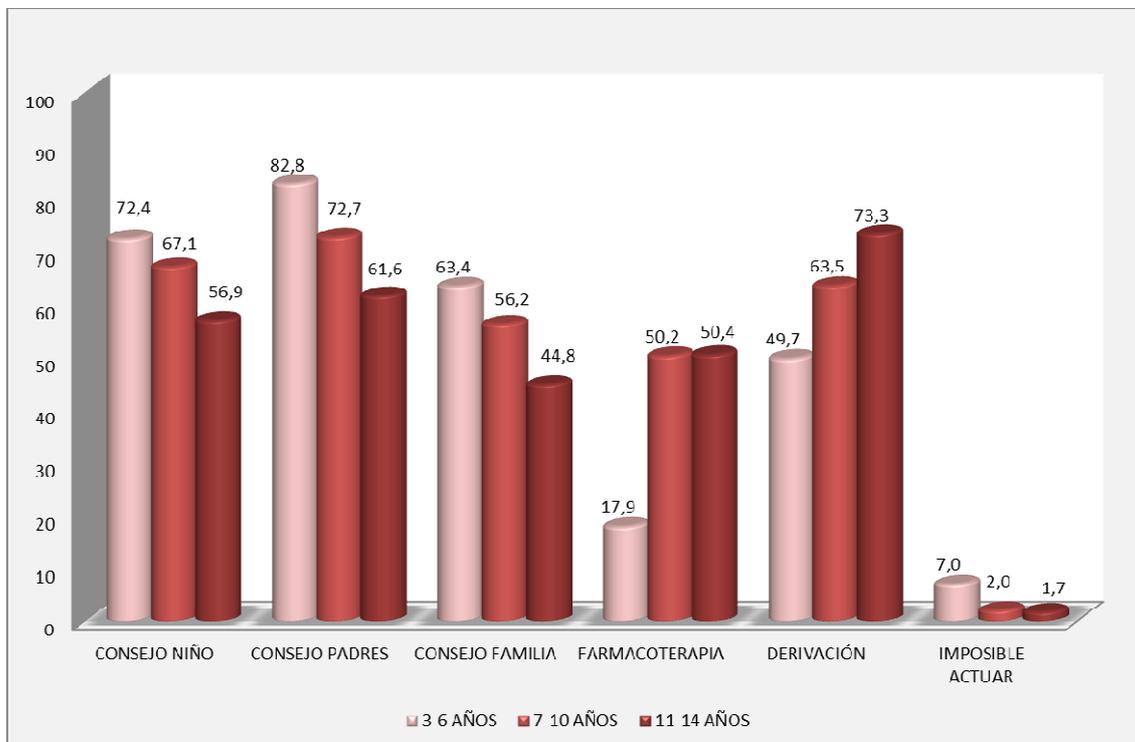
Tabla XX.b Diferenciales de la actitud terapéutica por pares de intervalos de edad

	3-6 Y 7-10		3-6 Y 11-14		7-10 Y 11-14	
	χ^2 (gl1)	P	χ^2 (gl1)	P	χ^2 (gl1)	P
CONSEJO/APOYO NIÑO	1,225	0,268	9,203	0,002	5,283	0,022
CONSEJO/APOYO PADRES	5,151	0,023	18,869	0,000	6,673	0,010
CONSEJO APOYO FAMILIA	1,975	0,160	12,395	0,000	6,242	0,012
FARMACOTERAPIA	40,371	0,000	40,032	0,000	0,003	0,960
DERIVACIÓN	7,181	0,007	21,659	0,000	5,342	0,021

Visualmente, la Figura 32 nos ofrece la comparación entre las proporciones por intervalos de edad. A través de ella podemos observar cómo, conforme avanza la edad disminuye el consejo o apoyo, tanto a los niños, como a los padres, en definitiva, a la familia en su conjunto y, a su vez, aumenta la proporción de casos derivados a otras instancias. La decisión de prescripción farmacoterapéutica se multiplica por tres al pasar a los siete años, manteniéndose a partir de dicha edad.

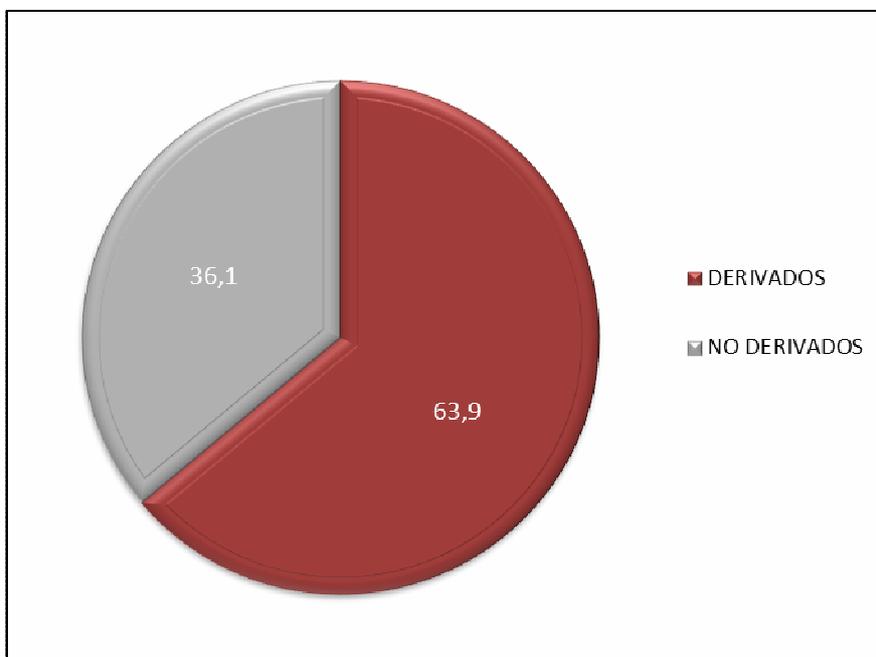
Por último se puede apreciar cómo, en función de la edad, la proporción casos en los que se decide que es imposible actuar varía disminuyendo y minimizándose conforme avanza la edad.

Figura 32. Distribución de la actitud terapéutica por intervalo de edad (%)



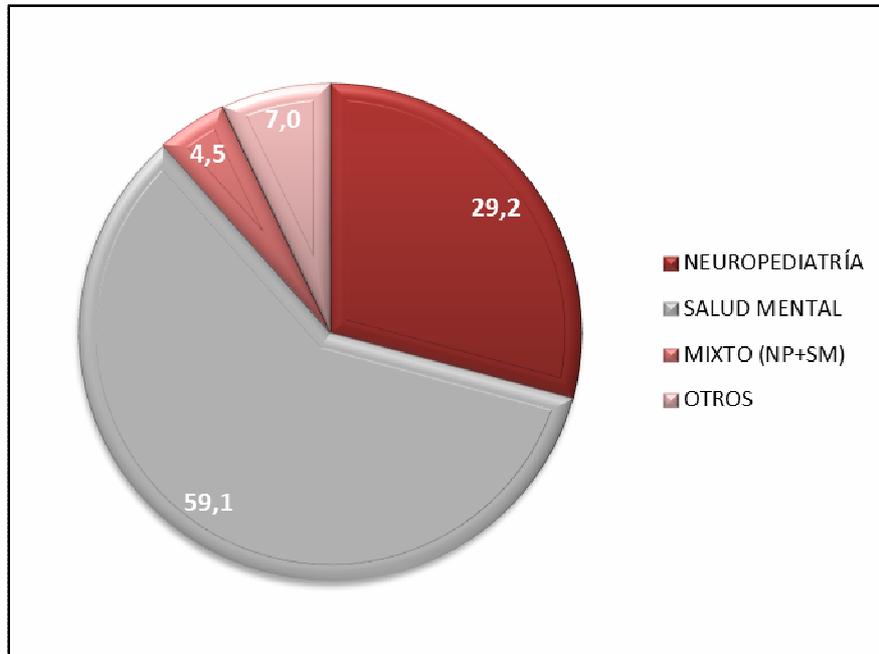
Del total de casos, 400 fueron derivados (63,9%) (Figura 33), sin diferencias significativas por sexos ($\chi^2=2,901$; $p=0,089$). Por intervalos de edad, entre los 3-6 años se derivaron 72 (49,7%), entre los 7-10 años se derivaron 158 (63,5%) y entre los 11 y los 14 años un total de 170 casos (73,3%). Hubo diferencias significativas entre todos los intervalos de edad ($\chi^2=21,617$; $p=0,000$), entre el primero y el segundo ($\chi^2=7,181$; $p=0,007$) y entre el segundo y el tercero ($\chi^2=5,340$; $p=0,021$).

Figura 33. Distribución de la actitud terapéutica ‘derivación’ (%)



Las modalidades o tipos de derivación de los casos fueron, en primer lugar, salud mental –unidades de salud mental, psiquiatría y/o psicología- con casi un 60% de los casos y en segundo lugar, neuropediatría, con casi un 30% de los casos. A gran distancia, figura una categoría denominada otros (7%) y, por último, una cuarta, diferenciada por ser una derivación mixta, tanto a neuropediatría como a salud mental (4,5%) (Figura 34).

Figura 34. Distribución de los tipos de derivación (%)



Para la muestra total (Tabla XXI) y por sexos, hubo diferencias significativas en la derivación de las dos categorías principales: más en los niños en el caso de neuropediatría ($\chi^2=9,324$; $p=0,002$) y, en cambio, más en las niñas en el caso de salud mental ($\chi^2=9,778$; $p=0,002$).

Tabla XXI. Distribución de los tipos de derivación, total y por sexo.

TIPO DE DERIVACIÓN	TOTAL		NIÑO		NIÑA		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
NEUROPEDIATRÍA	117	29,2	98	33,4	19	17,8	9,324	0,002
SALUD MENTAL	237	59,1	160	54,6	77	72,0	9,778	0,002
MIXTO (NP+SM)	18	4,5	16	5,5	2	1,9	2,353	0,125
OTROS	28	7,0	19	6,5	9	8,4	0,447	0,504

Tras el diferencial según intervalos de edad, no hubo ningún hallazgo significativo en ninguna de las categorías o modalidades de derivaciones estandarizadas, apreciándose, desde un punto de vista proporcional, un descenso conforme avanza la edad, en la categoría de ‘otros’ (12,5% para 3-6 años, 7,0% para 7-10 años y 4,7% para 11-14 años, así como un ligero incremento en la derivación de casos a salud mental en el intervalo de 11 a 14 años respecto de los intervalos previos (Tabla XXII).

Tabla XXII. Distribución de los tipos de derivación según intervalos de edad

TIPO DE DERIVACIÓN	3-6 años		7-10 años		11-14 años		$\chi^2(\text{gl}2)$	p
	n	%	n	%	n	%		
NEUROPEDIATRÍA	19	26,4	49	31	49	28,8	0,537	0,765
SALUD MENTAL	41	56,9	89	56,3	107	62,9	1,676	0,433
MIXTO (NP+SM)	3	4,2	9	5,7	6	3,5	0,917	0,632
OTROS	9	12,5	11	7,0	8	4,7	4,720	0,094

Se desagregaron los datos por intervalos de edad y sexo, encontrándose diferencias próximas a la significación en el intervalo de 3 a 6 años a favor de los niños en neuropediatría ($\chi^2=3,794$; $p=0,051$) y a favor de las niñas, significativamente, en salud mental ($\chi^2=4,108$; $p=0,043$).

En el intervalo siguiente, entre los 7 y los 10 años, dichas diferencias continúan detectándose ($\chi^2=6,942$; $p=0,008$ y $\chi^2=8,367$, $p=0,004$, respectivamente); sin embargo, en el último grupo de edad, entre los 11 y los 14 años, las diferencias desaparecen (Tabla XXIII).

Tabla XXIII. Distribución de los tipos de derivación según intervalos de edad y sexo

3-6 AÑOS

TIPO DE DERIVACIÓN	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
NEUROPEDIATRÍA	19	26,4	18	31,6	1	6,7	3,794	0,051
SALUD MENTAL	41	56,9	29	50,9	12	80,0	4,108	0,043
MIXTO (NP+SM)	3	4,2	3	5,3	0	0,0	0,824	0,364
OTROS	9	12,5	7	12,3	2	13,3	0,012	0,913

7-10 AÑOS

TIPO DE DERIVACIÓN	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
NEUROPEDIATRÍA	49	31	43	36,8	6	14,6	6,942	0,008
SALUD MENTAL	89	56,3	58	49,6	31	75,6	8,367	0,004
MIXTO (NP+SM)	9	5,7	8	6,8	1	2,4	1,094	0,296
OTROS	11	7,0	8	6,8	3	7,3	0,011	0,917

11-14 AÑOS

TIPO DE DERIVACIÓN	TOTAL		NIÑO		NIÑA		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
NEUROPEDIATRÍA	49	28,8	37	31,1	12	23,5	0,995	0,318
SALUD MENTAL	107	62,9	73	61,3	34	66,7	0,434	0,510
MIXTO (NP+SM)	6	3,5	5	4,2	1	2,0	0,527	0,468
OTROS	8	4,7	4	3,4	4	7,8	1,599	0,206

7.6. PREDICTORES DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Se procedió a analizar la relación existente entre los factores de riesgo y los problemas de salud mental detectados. Así pues, se realizó un análisis de regresión logística para cada una de las siguientes variables dependientes:

1. Encopresis
2. Enuresis nocturna
3. Alteraciones de la Eliminación
4. Problemas de sueño
5. Fobias

6. Estereotipias
7. Tartamudez, timidez y mutismo selectivo
8. TDAH
9. Anorexia
10. Bulimia
11. Trastornos de la Conducta Alimentaria
12. Psicosis
13. Agresión a personas o animales
14. Destrucción de la propiedad
15. Engaño o robo
16. Violación grave de reglas
17. Conducta Antisocial
18. Abuso de Drogas
19. Comportamiento suicida

Las variables independientes, clasificadas como factores de riesgo en el presente trabajo, fueron:

1. Absentismo escolar
2. Bajo nivel socioeconómico
3. Familia desestructurada
4. Enfermedad mental de padres
5. Proceso de separación o divorcio
6. Violencia intrafamiliar
7. Cambio frecuente de vivienda
8. Maltrato físico o abuso sexual
9. Negligencia

7.6.1. Encopresis.

Tan sólo obtiene significación la variable negligencia, motivo por el cual el análisis de regresión logística se detiene en el simple y no se procede a realizar una regresión logística múltiple. A pesar de dicha significación, el intervalo de confianza para la OR de negligencia es tan amplio, debido principalmente al número reducido de casos, que se descarta mencionar resultado de consideración. En las tablas XXIV y XXIV se detallan los resultados del análisis bivariado y el de regresión logística simple.

Tabla XXIV. Resultados análisis bivariado para encopresis y factores de riesgo

	Chi ²	p	OR	IC _{95%}
Absentismo Escolar	2,396	0,122	0,936	0,916-0,956
Nivel socioeconómico bajo	0,174	0,676	1,257	0,428-3,694
Familia desestructurada	2,672	0,102	1,873	0,873-4,018
Enfermedad mental padres	0,096	0,757	0,726	0,095-5,540
Proceso de separación o divorcio	0,017	0,896	1,085	0,320-3,677
Violencia intrafamiliar	1,070	0,301	2,178	0,481-9,872
Cambio frecuente de vivienda	2,051	0,152	2,924	0,628-13,606
Maltrato físico o abuso sexual	0,298	0,585	0,992	0,984-0,999
Negligencia	7,496	0,006	1,082	0,971-1,088

Tabla XXV. Resultados análisis de regresión logística simple para encopresis y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Negligencia	2,854	1,425	4,010	1	0,045	17,35	1,062-283,452	0,008
constante	-2,854	0,176	261,807	1	6,927	0,058		
Familia desestruct.	0,627	0,389	2,596	1	0,107	1,873	0,873-4,018	0,011
constante	-2,969	0,205	209,668	1	0,000	0,052		
Cambio frec.vivienda	1,073	0,784	1,871	1	0,171	2,924	0,628-13,606	0,006
constante	-2,864	0,178	256,228	1	0,000	0,057		

7.6.2. Enuresis nocturna.

Del análisis bivariado no se puede destacar resultado alguno (Tabla XXVI) y en el análisis de regresión logística simple, ninguna de las variables seleccionadas obtiene en el test de Wald significación estadística (Tabla XXVII), por lo que no es posible continuar hacia el análisis de regresión logística múltiple y, en conclusión, no se ha podido verificar relación de asociación y/o predicción digna de mención.

Tabla XXVI. Resultados análisis bivariado para enuresis nocturna y factores de riesgo

	Chi ²	p	OR	IC (95%)
Absentismo Escolar	4,231	0,400	0,305	0,092-1,008
Nivel socioeconómico bajo	0,670	0,413	0,744	0,366-1,513
Familia desestructurada	3,193	0,074	0,605	0,347-1,055
Enfermedad mental padres	2,439	0,118	0,330	0,077-1,422
Proceso de separación o divorcio	2,696	0,101	0,487	0,203-1,169
Violencia intrafamiliar	1,108	0,292	0,460	0,104-2,025
Cambio frecuente de vivienda	0,398	0,528	0,618	0,137-2,796
Maltrato físico o abuso sexual	1,347	0,246	0,990	0,981-0,999
Negligencia	1,008	0,315	3,763	0,234-60,570

Tabla XXVII. Resultados análisis de regresión logística simple para enuresis nocturna y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Familia desestruct.	-0,502	0,283	3,143	1	0,076	0,605	0,347-1,055	0,008
constante	-1,239	0,106	136,888	1	0,000	0,290		
Proceso separ.divor.	-0,719	0,447	2,594	1	0,107	0,487	0,203-1,169	0,008
constante	-1,273	0,101	159,512	1	0,000	0,280		
Enf. Mental padres	-1,108	0,745	2,213	1	0,137	0,330	0,077-1,422	0,007
constante	-1,289	0,099	169,471	1	0,000	0,275		

7.6.3. Alteraciones de la eliminación.

Ninguna de las variables introducidas en el análisis de regresión logística múltiple obtiene significación estadística en el test de Wald, por lo que ningún resultado es de destacar (Tabla XXX). No obstante, en el análisis bivariado (Tabla XXVIII) aparece una asociación entre alteraciones de la eliminación y absentismo escolar, con una OR por debajo de 1, lo que indica una asociación negativa entre ambas variables, aunque no plausible de cara a la predicción de la aparición del problema de salud mental.

Tabla XXVIII. Resultados análisis bivalente para alteraciones de la eliminación y factores de riesgo

	Chi ²	p	OR	IC _{95%}
Absentismo Escolar	6,542	0,011	0,237	0,072-0,783
Nivel socioeconómico bajo	0,389	0,533	0,815	0,428-1,551
Familia desestructurada	0,885	0,347	0,792	0,488-1,288
Enfermedad mental padres	2,192	0,139	0,408	0,120-1,388
Proceso de separación o divorcio	2,534	0,111	0,536	0,246-1,168
Violencia intrafamiliar	0,746	0,388	0,579	0,166-2,028
Cambio frecuente de vivienda	0,119	0,730	0,797	0,220-2,895
Maltrato físico o abuso sexual	1,716	0,190	0,989	0,980-0,999
Negligencia	0,641	0,423	2,949	0,183-47,430

Tabla XXIX. Resultados del análisis de regresión logística simple para alteraciones de la eliminación y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Maltr.fís.o ab.sexual	2,507	0,931	7,257	1	0,007	12,271	1,980-76,054	0,025
constante	-2,913	0,182	257,491	1	0,000	0,054		
Enf. mental padres	1,339	0,579	5,347	1	0,021	3,813	1,226-11,859	0,019
constante	-2,948	0,187	247,719	1	0,000	0,052		
Violencia Intrafam.	1,314	0,659	3,981	1	0,046	3,723	1,024-13,539	0,014
constante	-2,924	0,184	251,504	1	0,000	0,054		
Familia desestruct.	0,670	0,392	2,932	1	0,087	1,995	0,908-4,212	0,012
constante	-3,012	0,209	207,561	1	0,000	0,049		

Tabla XXX. Resultados del análisis de regresión logística múltiple para alteraciones de la eliminación y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Absentismo escolar	-1,438	0,609	5,581	1	0,018	0,237	0,072-0,783	0,019
constante	-1,019	0,093	118,908	1	0,000	0,361		
Proceso separ.divor.	-0,623	0,397	2,463	1	0,117	0,536	0,246-1,168	0,007
constante	-1,035	0,095	119,306	1	0,000	0,355		
Enf. mental padres	-0,895	0,624	2,058	1	0,151	0,408	0,120-1,388	0,006
constante	-1,050	0,093	127,534	1	0,000	0,350		
Malt.fís.o ab.sexual	-20,136	17974,843	0,000	1	0,999	0,000	0-,0	0,007
constante	-1,067	0,092	134,586	1	0,000	0,344		

7.6.4. Problemas de sueño.

En la ecuación de regresión logística múltiple se alcanza una R^2 de 0,610, entrando dos variables con significación: la familia desestructurada y el maltrato físico o abuso sexual. No obstante, dada la amplitud del intervalo de OR para ésta última variable (1,731-153,336) queda descartada y permanece la familia desestructurada que multiplica por más de 2,5 veces el riesgo de presentar problemas de sueño (Tablas XXXI, XXXII y XXXIII).

Tabla XXXI. Resultados análisis bivariado para problemas de sueño y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	0,004	0,952	0,973	0,396-2,391
Nivel socioeconómico bajo	0,037	0,847	0,929	0,442-1,956
Familia desestructurada	16,912	0,000	2,660	1,648-4,293
Enfermedad mental padres	3,133	0,077	2,225	0,898-5,513
Proceso de separ. o divorcio	2,485	0,115	1,728	0,869-3,435
Violencia intrafamiliar	7,092	0,008	3,480	1,315-9,205
Cambio frecuente de vivienda	7,558	0,006	4,082	1,385-12,029
Maltrato físico o abuso sexual	15,193	0,000	21,608	2,390-195,403
Negligencia	0,386	0,534	0,996	0,991-1,001

Tabla XXXII. Resultados análisis de regresión logística simple para problemas de sueño y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Familia desestruct.	0,978	0,244	16,059	1	0,000	2,660	1,648-4,293	0,040
constante	-1,876	0,130	207,6	1	0,000	0,153		
Maltr.fís.o ab.sexual	3,073	1,123	7,4819	1	0,006	21,608	2,390-195,403	0,020
constante	-1,687	0,111	232,88	1	0,000	0,185		
Cambio frec.vivienda	1,406	0,551	6,5045	1	0,011	4,082	1,385-12,029	0,016
constante	-1,694	0,112	230,34	1	0,000	0,184		
Enf. mental padres	0,800	0,463	2,986	1	0,084	2,225	0,898-5,513	0,007
constante	-1,687	0,112	225,8	1	0,000	0,185		
Proceso separ.divor.	0,547	0,351	2,433	1	0,119	1,728	0,869-3,435	0,006
constante	-1,700	0,115	217,37	1	0,000	0,183		

Tabla XXXIII. Resultados análisis de regresión logística múltiple para problemas de sueño y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC _{95%} para OR
Familia desestruc.	0,922	0,249	13,750	1	0,000	2,514	1,554-4,093
Maltr.fís.o ab.sexual	2,791	1,144	5,951	1	0,015	16,290	1,731-153,336
constante	-1,896	0,131	208,807	1	0,000	0,150	

R ²	0,610
ESPECIFICIDAD	99,80%
SENSIBILIDAD	4,0%
TOTAL PRONÓSTICO	84,0%

7.6.5. Fobias.

En el análisis de la variable fobias y los factores de riesgo asociados, aparece una única variable seleccionada para entrar en la ecuación de regresión logística múltiple a partir del análisis de regresión logística simple: la enfermedad mental de los padres. No obstante, puesto que dicha variable no obtiene significación en el test de Wald ($p=0.163$), no es posible continuar con el análisis de regresión múltiple (Tabla XXXV). Por otro lado, ninguna variable que figura en el análisis bivariado obtiene una significación con una $p<0,05$ (Tabla XXXIV).

Tabla XXXIV. Resultados análisis bivalente para fobias y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	0,027	0,868	0,903	0,268-3,037
Nivel socioeconómico bajo	0,282	0,596	0,752	0,262-2,161
Familia desestructurada	0,185	0,667	1,165	0,581-2,336
Enfermedad mental padres	2,047	0,153	2,208	0,726-6,712
Proceso de separación o divorcio	0,027	0,869	0,915	0,316-2,646
Violencia intrafamiliar	0,145	0,703	1,337	0,229-5,973
Cambio frecuente de vivienda	1,352	0,245	0,976	0,963-0,988
Maltrato físico o abuso sexual	0,827	0,363	2,679	0,294-24,406
Negligencia	0,189	0,663	0,997	0,992-1,001

Tabla XXXV. Resultados análisis de regresión logística simple para fobias y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC _{95%} para OR	R ²
Enf. mental padres	0,792	0,567	1,950	1	0,163	2,208	0,726-6,712	0,006
constante	-2,402	0,148	264,415	1	0,000	0,091		

7.6.6. Estereotipias.

En el análisis bivarido obtienen significación el maltrato físico o abuso sexual, la enfermedad mental de los padres y la violencia intrafamiliar (Tabla XXXVI), permaneciendo con significación en el análisis de regresión logística simple (Tabla XXXVII).

Como se puede observar en la Tabla XXXVIII, el haber padecido maltrato físico o abuso sexual incrementa en más de 10 veces el riesgo de presentar estereotipias, mientras que la existencia de enfermedad mental en los padres incrementa dicho riesgo en casi tres veces y media más. No obstante, los intervalos de confianza, especialmente en el caso del maltrato, son lo suficientemente amplios como para ser prudentes a la hora de estimar una capacidad predictiva importante para el modelo, lo cual también viene reforzado por la reducida varianza explicada por el modelo, así como un nivel de

sensibilidad muy bajo. A pesar de ello, y teniendo en cuenta que se trata de datos procedentes de muestra representativa para toda la población pediátrica de la Comunidad Valenciana, merece la pena destacar las medidas de asociación y, en particular, la OR para Estereotipia y Enfermedad Mental de Padres, multiplicando en más de tres veces el riesgo de aparición de estereotipias.

Tabla XXXVI. Resultados análisis bivalente para estereotipias y factores de riesgo

	Chi ²	p	OR	IC _{95%}
Absentismo Escolar	0,002	0,962	0,965	0,222-4,189
Nivel socioeconómico bajo	1,175	0,278	1,718	0,639-4,620
Familia desestructurada	3,028	0,082	1,955	0,908-4,212
Enfermedad mental padres	6,134	0,013	3,813	1,226-11,859
Proceso de separación o divorcio	0,217	0,642	0,708	0,165-3,046
Violencia intrafamiliar	4,555	0,033	3,723	1,024-13,539
Cambio frecuente de vivienda	0,822	0,364	0,976	0,964-0,989
Maltrato físico o abuso sexual	11,73	0,001	12,271	1,980-76,054
Negligencia	0,115	0,734	0,997	0,992-1,001

Tabla XXXVII. Resultados análisis de regresión logística simple para estereotipias y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC _{95%} para OR	R ²
Maltr.fís.o ab.sexual	2,507	0,931	7,257	1	0,007	12,271	1,980-76,054	0,025
constante	-2,913	0,182	257,491	1	0,000	0,054		
Enf. mental padres	1,339	0,579	5,347	1	0,021	3,813	1,226-11,859	0,019
constante	-2,948	0,187	247,719	1	0,000	0,052		
Violencia Intrafam.	1,314	0,659	3,981	1	0,046	3,723	1,024-13,539	0,014
constante	-2,924	0,184	251,504	1	0,000	0,054		
Familia desestruct.	0,670	0,392	2,932	1	0,087	1,995	0,908-4,212	0,012
constante	-3,012	0,209	207,561	1	0,000	0,049		

Tabla XXXVIII. Resultados análisis de regresión logística múltiple para estereotipias y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC _{95%} para OR
Maltr.fís.o ab.sexual	2,329	0,961	5,879	1	0,015	10,271	1,563-67,499
Enf. mental padres	1,225	0,600	4,174	1	0,041	3,404	1,051-11,026
constante	-2,990	0,191	245,273	1	0,000	0,050	

R ²	0,040
ESPECIFICIDAD	100%
SENSIBILIDAD	2,9%
TOTAL PRONOSTICO	94,7%

7.6.7. Tartamudez, timidez, mutismo.

La variable con mayor significación estadística en el análisis bivariado es la enfermedad mental de los padres, seguida del bajo nivel socioeconómico (Tabla XXXIX). Ambas variables se incluyen en el análisis de regresión logística simple pero, dado que la variable bajo nivel socioeconómico no ha obtenido significación en el test de Wald ($p=0.052$), no es posible continuar con el análisis de regresión múltiple (Tabla XL). La única variable que entra a formar parte del modelo es 'enfermedad mental de padres' con un valor de $R^2=0,019$, 100% de especificidad y 92,8% de valor total pronóstico (con una sensibilidad nula). La presencia de enfermedad mental de los padres multiplica por casi cuatro veces el riesgo de presentar tartamudez, timidez o mutismo.

Tabla XXXIX. Resultados análisis bivalente para tartamudez, timidez y mutismo y factores de riesgo

	Chi ²	p	OR	IC _{95%}
Absentismo Escolar	0,225	0,635	0,704	0,164-3,024
Nivel socioeconómico bajo	3,393	0,047	2,247	0,993-5,084
Familia desestructurada	0,230	0,632	0,816	0,355-1,877
Enfermedad mental padres	6,964	0,008	3,697	1,312-10,419
Proceso de separación o divorcio	0,828	0,363	0,516	0,121-2,198
Violencia intrafamiliar	1,435	0,231	0,969	0,955-0,983
Cambio frecuente de vivienda	0,000	0,995	0,993	0,127-7,767
Maltrato físico o abuso sexual	1,240	0,265	3,278	0,359-29,064
Negligencia	0,155	0,693	0,997	0,992-1,001

Tabla XL. Resultados análisis de regresión logística simple para tartamudez, timidez y mutismo y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC _{95%} para OR	R ²
Enf. mental padres	1,308	0,529	6,120	1	0,013	3,697	1,312-10,419	0,019
constante	-2,643	0,164	260,777	1	0,000	0,071		
Bajo nivel socioecon.	0,810	0,417	3,777	1	0,052	2,247	0,993-5,084	0,013
constante	-2,662	0,170	245,074	1	0,000	0,070		

7.6.8. Hiperactividad.

En el análisis bivariado para la variable hiperactividad y los diferentes factores de riesgo no aparece ninguna variable con significación estadística (Tabla XLI), no obstante, en el análisis de regresión logística simple son incluidas –siguiendo el criterio conservador- aquellas variables con un valor de p menor o igual a 0,2. La Tabla XLII muestra los resultados de dicho análisis, donde, ninguna de las variables obtiene en el test de Wald significación estadística, por lo que no es posible ir más allá de una regresión logística simple el cual, por otro lado, no nos ofrece ningún resultado significativo.

Tabla XLI. Resultados análisis bivalente para hiperactividad y factores de riesgo

	Chi ²	p	OR	IC _{95%}
Absentismo Escolar	0,002	0,965	1,015	0,519-1,986
Nivel socioeconómico bajo	2,743	0,098	1,571	0,917-2,690
Familia desestructurada	0,589	0,443	0,848	0,556-1,292
Enfermedad mental padres	1,236	0,266	1,584	0,700-3,584
Proceso de separación o divorcio	1,905	0,168	0,645	0,344-1,207
Violencia intrafamiliar	0,219	0,640	1,252	0,487-3,218
Cambio frecuente de vivienda	0,709	0,400	1,571	0,544-4,537
Maltrato físico o abuso sexual	3,241	0,072	0,987	0,976-0,998
Negligencia	1,290	0,256	0,995	0,998-1,002

Tabla XLII. Resultados análisis de regresión logística simple para hiperactividad y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Bajo nivel socioecon.	0,452	0,274	2,709	1	0,100	1,571	0,917-2,690	0,006
constante	-0,486	0,086	31,519	1	0,000	0,615		
Proceso separ.divor.	-0,439	0,320	1,880	1	0,170	0,645	0,344-1,207	0,004
constante	-0,408	0,085	23,039	1	0,000	0,665		

7.6.9. Anorexia.

De nuevo, la variable enfermedad mental de padres es la única que, tras el análisis bivariado entra a formar parte del modelo de regresión, a partir de la cual sólo se puede realizar un diseño de regresión logística simple. Por tanto, los datos del modelo son los correspondientes a ‘enfermedad mental de padres’ que, finalmente, no obtiene significación (XLIV). Hemos de resaltar que atendiendo a la Tabla previa, Tabla XLIII que ofrece el análisis bivariado, no aparecía ninguna significación de $p < 0,05$.

Tabla XLIII. Resultados análisis bivalente para anorexia y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	0,001	0,976	1,032	0,133-8,031
Nivel socioeconómico bajo	0,182	0,670	1,386	0,307-6,252
Familia desestructurada	0,508	0,476	1,515	0,480-4,786
Enfermedad mental padres	3,345	0,067	3,818	0,817-17,837
Proceso de separación o divorcio	1,425	0,233	0,918	0,897-0,940
Violencia intrafamiliar	0,486	0,486	0,970	0,957-0,984
Cambio frecuente de vivienda	0,376	0,540	0,977	0,965-0,989
Maltrato físico o abuso sexual	0,132	0,716	0,992	0,985-0,999
Negligencia	0,053	0,819	0,997	0,992-1,001

Tabla XLIV. Resultados del análisis de regresión logística simple para anorexia y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Enf. mental padres	1,340	0,787	2,902	1	0,088	3,818	0,817-17,837	0,016
constante	-3,738	0,270	191,034	1	0,000	0,024		

7.6.10. Bulimia.

El cambio de frecuente de vivienda obtiene valores de p por debajo de 0,2, siendo en consecuencia la variable que queda seleccionada para el análisis multivariante (Tabla XLV). En el análisis de regresión logística múltiple entre el problema de salud mental denominado bulimia y los diferentes factores de riesgo estudiados, la única variable cuyo test de Wald obtiene significación estadística es ‘cambio frecuente de vivienda’; a pesar de ello, a la vista del amplio intervalo de confianza para la OR (1,282-30,055) consideramos que no es una opción plausible, por lo que descartamos su introducción en modelo de regresión alguno, es decir, su inclusión en el modelo no aporta mucha información como riesgo de bulimia (Tabla XLVI).

Tabla XLV. Resultados análisis bivariante para bulimia y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC (95%)
Absentismo Escolar	1,198	0,274	0,938	0,918-0,957
Nivel socioeconómico bajo	1,928	0,165	0,903	0,880-0,927
Familia desestructurada	0,200	0,655	1,294	0,418-4,005
Enfermedad mental padres	2,662	0,103	3,330	0,721-15,382
Proceso de separación o divorcio	1,900	0,168	2,387	0,667-8,542
Violencia intrafamiliar	0,477	0,490	2,045	0,257-16,265
Cambio frecuente de vivienda	6,676	0,010	6,208	1,282-30,055
Maltrato físico o abuso sexual	5,293	0,210	8,882	0,942-83,743
Negligencia	0,059	0,807	0,997	0,992-1,001

Tabla XLVI. Resultados del análisis de regresión logística simple para bulimia y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Cambio frec.vivienda	1,826	0,805	5,149	1	0,023	6,208	1,282-30,055	0,025
constante	-3,618	0,253	203,924	1	0,000	0,027		
Enf. mental padres	1,203	0,781	2,373	1	0,123	3,330	0,721-15,382	0,013
constante	-3,601	0,253	201,931	1	0,000	0,027		
Proceso sep.divorcio	0,870	0,650	1,790	1	0,181	2,387	0,667-8,542	0,010
constante	-3,622	0,262	191,624	1	0,000	0,027		

7.6.11. Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Una vez agrupadas las variables de anorexia y bulimia en una sola variable a la que hemos pasado a denominar ‘trastornos de la conducta alimentaria’, procedemos al análisis de regresión logística que detenemos en el simple al aparecer una única variable con significación estadística en el test de Wald y que es enfermedad mental de padres (Tablas XLVII y XLVIII).

Presentar enfermedad mental en los padres incrementa en casi cuatro veces el riesgo de presentar trastornos de la conducta alimentaria. La determinación de la $R^2=0,020$, con una especificidad del 100% pero con una sensibilidad nula y una valor total pronóstico del 94,73%. De nuevo aparece esta variable, al igual que en estereotipias y en tartamudez, timidez o mutismo. Aunque los intervalos de confianza para las OR son amplios pero merecen ser destacados.

Tabla XLVII. Resultados análisis bivariante para trastornos de la conducta alimentaria y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC (95%)
Absentismo Escolar	0,565	0,452	0,470	0,062-3,533
Nivel socioeconómico bajo	0,462	0,497	0,607	0,141-2,601
Familia desestructurada	0,851	0,356	1,470	0,645-3,349
Enfermedad mental padres	6,489	0,011	3,952	1,268-12,313
Proceso de separación o divorcio	0,058	0,810	1,162	0,342-3,949
Violencia intrafamiliar	0,003	0,956	1,059	0,137-8,208
Cambio frecuente de vivienda	2,330	0,127	3,124	0,670-14,570
Maltrato físico o abuso sexual	2,190	0,139	4,602	0,500-42,368
Negligencia	0,112	0,738	0,997	0,992-1,001

Tabla XLVIII. Resultados del análisis de regresión logística simple para trastornos de la conducta alimentaria y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Enf. mental padres	1,374	0,580	5,616	1	0,018	3,952	1,268-12,313	0,020
constante	-2,984	0,190	245,717	1	0,000	0,051		
Cambio frec.vivienda	1,139	0,786	2,102	1	0,147	3,124	0,670-14,570	0,008
constante	-2,931	0,184	252,783	1	0,000	0,053		
Maltr.fís.o ab.sexual	1,526	1,133	1,816	1	0,178	4,602		0,006
constante	-2,913	0,182	257,491	1	0,000	0,054		

R2	0,020
ESPECIFICIDAD	100%
SENSIBILIDAD	0,0%
TOTAL PRONOSTICO	94,73%

7.6.12. Psicosis.

Para el análisis entre la variable psicosis y factores de riesgo, ninguna variable alcanza la significación estadística suficiente como para ser seleccionada para entrar en un análisis de regresión logística. No aparece ninguna asociación estadísticamente significativa tampoco en el análisis bivariado (Tabla XLIX).

Tabla XLIX. Resultados análisis bivalente para psicosis y factores de riesgo

RESULTADOS ANÁLISIS BIVARIADO

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	1,404	0,236	0,937	0,918-0,957
Nivel socioeconómico bajo	0,000	0,987	1,012	0,230-4,456
Familia desestructurada	0,225	0,635	0,742	0,215-2,562
Enfermedad mental padres	0,051	0,822	1,265	0,163-9,839
Proceso de separación o divorcio	1,173	0,279	1,979	0,562-6,962
Violencia intrafamiliar	0,277	0,599	1,729	0,219-13,643
Cambio frecuente de vivienda	0,497	0,481	0,977	0,965-0,989
Maltrato físico o abuso sexual	0,175	0,676	0,992	0,955-0,999
Negligencia	0,070	0,792	0,997	0,992-1,001

7.6.13. Agresiones a personas o animales.

En el análisis bivariado aparecen cuatro variables con significación estadística: en primer lugar, nivel socioeconómico bajo, absentismo escolar, familia desestructurada (cuyo IC es el más ajustado) y procesos de separación o divorcio (Tabla L). Estas cuatro variables entran a formar parte del análisis de regresión logística simple (Tabla LI). Tras el análisis de regresión logística múltiple entre el problema de salud mental denominado agresiones a personas o animales y los diferentes factores de riesgo, aparecen tres variables incluidas en la ecuación obteniendo una $R^2=0,150$, con una especificidad cercana al máximo y una sensibilidad de más del 10% (Tabla LII). En resumen: el bajo nivel socioeconómico, sumado a procesos de separación y divorcio que cursan con absentismo escolar, ofrece un riesgo elevado de presentar agresiones a personas o animales, en concreto, se multiplica por 3 el riesgo si hay bajo nivel socioeconómico, pero por 5,5 si hay un proceso de separación divorcio y por más de 4 veces si hay absentismo escolar.

Tabla L. Resultados análisis bivariante para agresiones a personas o animales y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	31,230	0,000	6,277	3,055-12,895
Nivel socioeconómico bajo	12,944	0,000	3,217	1,652-6,264
Familia desestructurada	8,137	0,004	2,263	1,276-4,014
Enfermedad mental padres	1,129	0,288	1,807	0,598-5,461
Proceso de separación o divorcio	33,469	0,000	5,798	3,006-11,182
Violencia intrafamiliar	0,838	0,360	1,793	0,505-6,370
Cambio frecuente de vivienda	0,257	0,612	1,478	0,323-6,759
Maltrato físico o abuso sexual	0,525	0,469	2,214	0,244-20,119
Negligencia	0,228	0,633	0,996	0,992-1,001

Tabla LI. Resultados del análisis de regresión logística simple para agresiones a personas o animales y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Bajo nivel socioec.	1,168	0,340	11,811	1	0,001	3,217	1,652-6,264	0,033
constante	-2,336	0,148	248,789	1	0,000	0,097		
Proceso sep.divorcio	1,758	0,335	27,508	1	0,000	5,798	3,006-11,182	0,076
constante	-2,421	0,152	252,967	1	0,000	0,089		
Absentismo escolar	1,837	0,367	25,001	1	0,000	6,277	3,055-12,895	0,068
constante	-2,376	0,148	258,231	1	0,000	0,093		
Familia desestruct.	0,817	0,292	7,801	1	0,005	2,263	1,276-4,0114	0,024
constante	-2,364	0,158	224,815	1	0,000	0,094		

Tabla LII. Resultados del análisis de regresión logística múltiple para agresiones a personas o animales y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR
Bajo nivel socioec.	1,076	0,375	8,229	1	0,004	2,933	1,406-6,119
Proceso sep.divorcio	1,707	0,358	22,722	1	0,000	5,511	2,732-11,117
Absentismo escolar	1,490	0,402	13,765	1	0,000	4,439	2,020-9,756
constante	-2,720	0,179	231,250	1	0,000	0,066	

R2	0,150
ESPECIFICIDAD	99,6%
SENSIBILIDAD	10,9%
TOTAL PRONOSTICO	90,6%

7.6.14. Destrucción de la propiedad.

En los análisis correspondientes a esta variable, destrucción de la propiedad, y los factores de riesgo incluidos en el estudio, los hallazgos tanto en el bivariado (Tabla LIII), como en el análisis de regresión logística simple (Tabla LIV) y como en el análisis de regresión logística múltiple (Tabla LV) son similares a la variable anterior

(agresiones a personas o animales). Es decir, las tres variables que quedan incluidas son las mismas, aunque el peso del absentismo escolar es mayor en este caso, puesto que multiplica casi por 5 el riesgo de presentar destrucción de la propiedad, el proceso de separación o divorcio multiplica en más de tres veces este riesgo y, por último, el bajo nivel socioeconómico lo incrementa en más de 2,5 veces, obteniendo una R² de 0,113.

Tabla LIII. Resultados análisis bivariante para destrucción de la propiedad y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	26,242	0,000	6,989	2,992-16,325
Nivel socioeconómico bajo	8,378	0,004	3,264	1,405-7,582
Familia desestructurada	3,028	0,082	1,955	0,908-4,212
Enfermedad mental padres	6,134	0,013	3,813	1,226-11,859
Proceso de separación o divorcio	11,817	0,001	4,029	1,718-9,449
Violencia intrafamiliar	1,164	0,281	2,250	0,496-10,210
Cambio frecuente de vivienda	0,822	0,364	0,976	0,964-0,989
Maltrato físico o abuso sexual	2,083	0,149	4,455	0,484-40,981
Negligencia	0,115	0,734	0,997	0,992-1,001

Tabla LIV. Resultados del análisis de regresión logística simple para destrucción de la propiedad y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Absentismo escolar	1,944	0,433	20,176	1	0,000	6,989	2,992-16,325	0,072
constante	-3,114	0,204	232,178	1	0,000	0,044		
Proceso sep.divorcio	1,394	0,435	10,271	1	0,001	4,029	1,718-9,449	0,038
constante	-3,052	0,201	231,223	1	0,000	0,047		
Bajo nivel socioec.	1,183	0,430	7,567	1	0,006	3,264	1,405-7,582	0,029
constante	-3,035	0,201	228,558	1	0,000	0,048		
Enf. mental padres	1,339	0,579	5,347	1	0,021	3,813	1,226-11,859	0,019
constante	-2,948	0,187	247,719	1	0,000	0,052		
Familia desestruct.	0,670	0,392	2,932	1	0,087	1,955	0,908-4,212	0,012
constante	-3,012	0,209	207,561	1	0,000	0,049		
Maltr.fís.o ab.sexual	1,494	1,132	1,741	1	0,187	4,455	0,484-40,981	0,006
constante	-2,880	0,179	259,209	1	0,000	0,056		

Tabla LV. Resultados del análisis de regresión logística múltiple para destrucción de la propiedad y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR
Absentismo escolar	1,587	0,466	11,597	1	0,001	4,888	1,961-12,183
Proceso sep.divorcio	1,197	0,468	6,543	1	0,011	3,309	1,323-8,278
Bajo nivel socioec.	0,937	0,469	3,991	1	0,046	2,553	1,018-6,401
constante	-3,363	0,234	205,761	1	0,000	0,035	

R2	0,113
ESPECIFICIDAD	99,8%
SENSIBILIDAD	5,9%
TOTAL PRONOSTICO	94,7%

7.6.15. Engaño o Robo.

Del análisis bivariado podemos destacar la significación estadística de dos variables: absentismo escolar y nivel socioeconómico bajo, no obstante, el IC de la primera es demasiado amplio como para ofrecernos cierta seguridad en la afirmación de dicha significación (Tabla LVI). La única variable que permanece en el modelo tras el análisis de regresión múltiple es absentismo escolar, puesto que bajo nivel socioeconómico pierde la significación estadística en el test de Wald al pasar de una regresión logística simple a una múltiple(LVII). Por ello, se quedan los datos correspondientes a una única variable, absentismo escolar, con una $R^2=0,088$, una especificidad completa, una sensibilidad nula y un valor predictivo del 95% (LVIII). Para esta variable, el absentismo escolar amplía notablemente el intervalo de confianza de su OR, comparándolo con agresiones y con destrucción de la propiedad. Sin duda, el número reducido de casos no ofrece una información determinante aunque apunta la tendencia.

Tabla LVI. Resultados análisis bivalente para engaño o robo y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	29,023	0,000	8,444	3,399-20,982
Nivel socioeconómico bajo	5,922	0,015	3,096	1,192-8,045
Familia desestructurada	4,901	0,027	2,496	1,083-5,752
Enfermedad mental padres	0,000	0,997	1,003	0,130-7,731
Proceso de separación o divorcio	4,666	0,031	2,937	1,057-8,156
Violencia intrafamiliar	2,254	0,133	3,042	0,662-13,985
Cambio frecuente de vivienda	3,693	0,055	4,083	0,865-19,269
Maltrato físico o abuso sexual	0,218	0,640	0,992	0,984-0,999
Negligencia	0,087	0,768	0,997	0,992-1,001

Tabla LVII. Resultados del análisis de regresión logística simple para engaño o robo y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Absentismo escolar	2,134	0,464	21,108	1	0,000	8,444	3,399-20,982	0,088
constante	-3,455	0,239	208,321	1	0,000	0,032		
Bajo nivel socioec.	1,130	0,487	5,381	1	0,020	3,096	1,192-8,045	0,024
constante	-3,309	0,228	211,229	1	0,000	0,037		

R2	0,088
ESPECIFICIDAD	100,0%
SENSIBILIDAD	0,0%
TOTAL PRONOSTICO	95,8%

7.6.16. Violación Grave de Reglas.

Tras el análisis bivariado (LVIII) hay un total de 7 variables candidatas a entrar en el análisis de regresión, puesto que obtienen un valor de $p < 0,20$. Pero tan sólo pueden entrar dos variables teniendo en cuenta que los casos son 24 en total. Finalmente, con una $R^2 = 0,080$ las variables que forman parte del modelo son: la familia desestructurada, que multiplica por 2,7 veces el riesgo de presentar violación grave de

reglas y el proceso de separación o divorcio, que lo multiplica por 3. Además, estas dos variables, al ser introducidas en un análisis de regresión logística múltiple mejoran su OR respecto del valor obtenido en los análisis de regresión logística simple (Tablas LIX y LX).

Tabla LVIII. Resultados análisis bivalente para violación grave de reglas y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	43,237	0,000	11,855	4,788-29,355
Nivel socioeconómico bajo	3,805	0,051	2,671	0,959-7,436
Familia desestructurada	12,785	0,000	4,099	1,787-9,406
Enfermedad mental padres	1,370	0,242	2,397	0,530-10,837
Proceso de separación o divorcio	15,233	0,000	5,353	2,105-13,611
Violencia intrafamiliar	2,662	0,103	3,330	0,721-15,382
Cambio frecuente de vivienda	12,024	0,001	7,675	1,992-29,570
Maltrato físico o abuso sexual	0,201	0,654	0,992	0,984-0,999
Negligencia	11,599	0,001	26,130	1,584-430,960

Tabla LIX. Resultados del análisis de regresión logística simple para violación grave de reglas y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Familia desestruct.	1,411	0,424	11,086	1	0,001	4,099	1,787-9,406	0,058
constante	-3,648	0,281	168,578	1	0,000	0,026		
Proceso sep.divorcio	1,678	0,476	12,414	1	0,000	5,353	2,105-13,611	0,056
constante	-3,493	0,246	201,289	1	0,000	0,030		

Tabla LX. Resultados del análisis de regresión logística múltiple para violación grave de reglas y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR
Familia desestruct.	1,024	0,485	4,454	1	0,035	2,785	1,076-7,208
Proceso sep.divorcio	1,119	0,545	4,215	1	0,040	3,061	1,052-8,905
constante	-3,707	0,285	169,384	1	0,000	0,025	

R2	0,080
ESPECIFICIDAD	100,0%
SENSIBILIDAD	0,0%
TOTAL PRONOSTICO	96,2%

7.6.17. Conducta Antisocial.

Al realizar la agrupación de las variables agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo y violación grave de reglas, obtenemos la variable denominada “conducta antisocial” y esta variable arroja los mejores resultados tras el análisis de regresión logística múltiple. Así tenemos un la $R^2=0,116$, con un valor total pronóstico del 87%, donde se incluyen dos variables: el proceso de separación o divorcio, que multiplica por cinco el riesgo y el absentismo escolar, que lo hace por más de 4,5 veces, con unos niveles aceptables de intervalos de confianza para ambas variables (Tablas LXI, LXII y LXIII).

Por tanto, formar parte de un núcleo familiar en proceso de separación o divorcio y con absentismo escolar incrementa considerablemente el riesgo de presentar conducta antisocial.

Tabla LXI. Resultados análisis bivariante para conducta antisocial y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	26,900	0,000	5,296	2,656-10,559
Nivel socioeconómico bajo	5,261	0,022	2,105	1,101-4,026
Familia desestructurada	11,156	0,001	2,338	1,405-3,889
Enfermedad mental padres	0,160	0,689	1,251	0,417-3,750
Proceso de separación o divorcio	35,863	0,000	5,596	3,018-10,374
Violencia intrafamiliar	1,073	0,300	1,807	0,581-5,623
Cambio frecuente de vivienda	2,577	0,108	2,549	0,782-8,317
Maltrato físico o abuso sexual	0,157	0,692	1,555	0,172-14,080
Negligencia	2,185	0,139	6,256	0,388-100,952

Tabla LXII. Resultados del análisis de regresión logística simple para conducta antisocial y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Proceso sep.divorcio	1,722	0,315	29,887	1	0,000	5,596	3,018-10,374	0,075
constante	-2,045	0,131	244,329	1	0,000	0,129		
Absentismo escolar	1,667	0,352	22,413	1	0,000	5,296	2,656-10,559	0,056
constante	-1,985	0,127	246,066	1	0,000	0,137		
Familia desestruct.	0,849	0,260	10,699	1	0,001	2,338	1,405-3,889	0,028
constante	-2,019	0,137	215,992	1	0,000	0,133		
Bajo nivel socioec.	0,744	0,331	5,067	1	0,024	2,105	1,101-4,026	0,013
constante	-1,912	0,125	232,529	1	0,000	0,148		

Tabla LXIII. Resultados del análisis de regresión logística múltiple para conducta antisocial y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR
Proceso sep.divorcio	1,610	0,326	24,430	1	0,000	5,001	2,641-9,468
Absentismo escolar	1,515	0,370	16,799	1	0,000	4,548	2,204-9,385
constante	-2,174	0,140	241,994	1	0,000	0,114	

R2	0,116
ESPECIFICIDAD	99,8%
SENSIBILIDAD	8,0%
TOTAL PRONOSTICO	87,1%

7.6.18. Abuso de Drogas.

Como son 7 casos los que se han presentado, no procede análisis regresión logística alguna (recordamos el criterio seleccionado de presentar un mínimo de 10 casos por variable). No obstante, a partir del análisis bivariado reflejado en la Tabla LXIV, cabe destacar el absentismo escolar ya que, a pesar del amplio IC de su OR, -que nos indica un grado de dispersión de los datos importante, sin olvidar lo reducido de la n-, es relevante señalar que todos y cada uno de los casos registrados por abuso de drogas presentaron absentismo escolar.

Tabla LXIV. Resultados análisis bivariante para abuso de drogas y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	32,385	0,000	22,941	4,936-106,622
Nivel socioeconómico bajo	9,269	0,002	7,540	1,646-34,542
Familia desestructurada	0,510	0,475	1,811	0,347-9,452
Enfermedad mental padres	0,282	0,595	0,961	0,946-0,977
Proceso de separación o divorcio	0,382	0,536	1,939	0,229-16,429
Violencia intrafamiliar	0,210	0,647	0,971	0,958-0,984
Cambio frecuente de vivienda	0,162	0,687	0,977	0,966-0,989
Maltrato físico o abuso sexual	0,057	0,811	0,992	0,985-0,999
Negligencia	0,023	0,880	0,997	0,992-1,001

7.6.19. Comportamiento suicida.

Los resultados del análisis bivariado con escasos en cuanto a significación, puesto que tan solo la variable familia desestructurada aparece con un valor de p inferior a 0,05, aunque con un IC excesivamente amplio (Tabla LXV). Del análisis de regresión logística simple, la misma variable es la única que permanece con significación el test de Wald, pero, de nuevo, su intervalo de confianza para la OR es demasiado amplio como para tener fuerza suficiente para concluir contenido sobre dicha asociación (Tabla LXVI).

Tabla LXV. Resultados análisis bivalente para comportamiento suicida y factores de riesgo

	Chi2	p	OR	IC95%
Absentismo Escolar	1,715	0,190	3,946	0,430-36,199
Nivel socioeconómico bajo	0,660	0,416	2,427	0,267-22,075
Familia desestructurada	5,910	0,015	6,892	1,138-41,732
Enfermedad mental padres	0,201	0,654	0,961	0,946-0,977
Proceso de separación o divorcio	0,990	0,320	2,918	0,320-26,620
Violencia intrafamiliar	0,149	0,699	0,971	0,958-0,984
Cambio frecuente de vivienda	0,115	0,734	0,977	0,966-0,989
Maltrato físico o abuso sexual	0,041	0,840	0,992	0,985-0,999
Negligencia	0,016	0,899	0,997	0,992-1,001

Tabla LXVI. Resultados del análisis de regresión logística simple para comportamiento suicida y factores de riesgo

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR
Familia desestruct.	1,930	0,919	4,413	1	0,036	6,892	1,138-41,732
constante	-5,541	0,708	61,171	1	0,000	0,004	

R2	0,078
ESPECIFICIDAD	100%
SENSIBILIDAD	0,0%
TOTAL PRONOSTICO	99,2%

7.7. PREDICCIÓN DE LOS CASOS DERIVADOS A PARTIR DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL DETECTADOS

Como hemos visto, la derivación constituye la decisión del pediatra de enviar a su paciente a otra consulta especializada por razón de su diagnóstico. Por ello resulta de especial interés analizar esta variable, en primer lugar, observando aquellos casos que se derivan y aquellos que permanecen en la consulta de pediatría de atención primaria y, en segundo lugar, los principales servicios especializados a los que se deriva, esto es, Neuropediatría y Salud Mental.

7.7.1. Derivación vs. No Derivación

Se procedió a realizar un análisis de regresión logística múltiple para la variable derivación (todos los casos derivados a otra instancia especializada) como variable dependiente, en función de los problemas de salud mental detectados (variables independientes), obteniéndose los resultados que aparecen en las Tablas LXVII y LXVIII y LXIX.

Tabla LXVII. Resultados análisis bivariante para la derivación en función de los problemas de salud mental

	Chi ²	p	OR	IC95%
ENCOPRESIS	0,244	0,621	0,839	0,418-1,684
ENURESIS NOCTURNA	93,283	0,000	0,141	0,092-0,216
SUEÑO	0,110	0,741	1,078	0,690-1,686
FOBIAS	0,547	0,460	1,253	0,688-2,281
ESTEREOTIPIAS	1,446	0,229	1,607	0,737-3,507
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	5,450	0,020	2,385	1,127-5,046
HIPERACTIVIDAD	54,885	0,000	4,022	2,748-5,886
ANOREXIA	0,877	0,349	1,716	0,547-5,386
BULIMIA	0,559	0,455	0,669	0,272-1,797
AGRESIONES	9,305	0,002	2,665	1,391-5,106
DESTRUC PROPIEDAD	1,446	0,229	1,607	0,737-3,507
ENGAÑO O ROBO	3,347	0,067	2,449	0,911-6,586
VIOLACIÓN GRAV REGLS	1,333	0,248	1,728	0,676-4,417
ABUSO DROGAS	0,174	0,677	1,418	0,273-7,367
PSICOSIS	10,423	0,233	1,842	0,666-5,096
COMPR SUICIDA	2,848	0,092	0,636	0,599-0,675
OTROS	11,140	0,001	1,996	1,324-3,009

Tabla LXVIII. Resultados del análisis de regresión logística simple para la derivación en función de los problemas de salud mental

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Hiperactividad	1,392	0,194	51,321	1	0,000	4,022	2,748-5,886	0,121
constante	0,100	0,103	0,947	1	0,331	1,105		
Enuresis Nocturna	-1,962	0,219	80,308	1	0,000	0,141	0,092-0,216	0,185
constante	1,019	0,102	99,994	1	0,000	2,771		
Agresión pers.anim.	0,980	0,332	8,724	1	0,003	2,665	1,391-5,106	0,022
constante	0,486	0,087	31,328	1	0,000	1,626		
Tartamud,tim.,mut.	0,869	0,382	5,164	1	0,023	2,385	1,127-5,046	0,013
constante	0,517	0,086	36,374	1	0,000	1,677		

Tabla LXIX. Resultados del análisis de regresión logística múltiple para la derivación en función de los problemas de salud mental

	β	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	IC95% para OR
Hiperactividad	1,548	0,199	60,366	1	0,000	4,700	3,181-6,944
Agresión pers.anim.	1,231	0,343	12,875	1	0,000	3,426	1,749-6,713
Tartamud,tim.,mut.	1,213	0,394	9,460	1	0,002	3,363	1,553-7,285
constante	-0,142	0,114	1,549	1	0,213	0,868	

R2	0,173
ESPECIFICIDAD	72,6%
SENSIBILIDAD	65,3%
TOTAL PRONOSTICO	67,9%

Podemos comprobar que el mayor tamaño de varianza explicada, así como el mejor pronóstico lo obtenemos con el modelo que incluye tres variables: hiperactividad, que incrementa en 4,7 veces el riesgo de ser derivado, la agresión a personas o animales, que lo incrementa en 3,4 veces y, por último, la tartamudez, timidez o mutismo, que lo incrementa en 3,3 veces aunque con un rango de dispersión más amplio (1,5-7,2).

Por otro lado, la enuresis nocturna obtiene valores negativos (con OR por debajo de 1 en el análisis bivariado) lo que indica que, con bastante probabilidad, si un caso llega a pediatría y el diagnóstico principal es el de enuresis nocturna, será atendido en atención primaria, la mayoría de las veces, por tanto, no será derivado a otra instancia especializada.

7.7.2. Derivación a neuropsiquiatría

A continuación, se procedió a realizar un análisis de regresión logística múltiple para la variable ‘derivación a neuropsiquiatría’ (variable dependiente) en función de los problemas de salud mental detectados por el pediatra (variables independientes). Con este análisis se obtuvo los resultados reflejados en las Tablas LXX y LXXI, que a continuación se detallan.

Tabla LXX. Resultados análisis bivariante para derivación a neuropsiquiatría y problemas de salud mental

	Chi ²	p	OR	IC95%
ENCOPRESIS	6,115	0,013	0,120	0,016-0,889
ENURESIS NOCTURNA	24,444	0,000	0,134	0,054-0,336
SUEÑO	3,674	0,055	0,539	0,285-1,022
FOBIAS	8,734	0,003	0,153	0,037-0,637
ESTEREOTIPIAS	0,554	0,457	1,363	0,601-3,093
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	0,916	0,339	0,651	0,269-1,577
HIPERACTIVIDAD	78,622	0,000	6,803	4,295-10,776
ANOREXIA	1,672	0,196	0,284	0,037-2,171
BULIMIA	4,260	0,039	0,808	0,777-840
AGRESIONES	9,198	0,002	0,193	0,060-0,627
DESTRUC PROPIEDAD	3,881	0,049	0,259	0,061-1,097
ENGAÑO O ROBO	2,159	0,142	0,351	0,082-1,508
VIOLACIÓN GRAV REGLAS	0,629	0,428	0,612	0,179-2,085
ABUSO DROGAS	1,627	0,202	0,811	0,781-842
PSICOSIS	3,066	0,080	2,250	0,887-5,706
COMPR SUICIDA	0,006	0,940	1,088	0,121-9,828
OTROS	8,356	0,004	1,719	1,188-2,488

Tabla LXXI. Resultados del análisis de regresión logística simple para derivación a neuropsiquiatría y problemas de salud mental

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR
Hiperactividad	1,917	0,235	66,777	1	0,000	6,803	4,295-10,776
constante	-2,496	0,193	166,963	1	0,000	0,082	

R2	0,190
ESPECIFICIDAD	100,0%
SENSIBILIDAD	0,0%
TOTAL PRONOSTICO	81,3%

Los problemas de salud mental denominados encopresis, enuresis nocturna, fobias y agresiones a personas o animales obtienen resultados en su OR por debajo de 1, lo cual indica que existen menos probabilidades de que sean derivados este tipo de casos a neuropsiquiatría. En cambio, como era de esperar desde un punto de vista clínico, los casos de hiperactividad son los que únicamente presentan su incorporación a la ecuación de regresión, en este caso simple, con una probabilidad casi 7 veces mayor de derivación que el resto de casos (OR=6.803).

7.7.3. Derivación a Salud Mental

A continuación, se procedió a realizar un análisis de regresión logística múltiple para la variable ‘derivación a salud mental’ (variable dependiente) en función de los problemas de salud mental detectados por el pediatra (variables independientes). Se obtuvo los resultados reflejados en las Tablas LXXII, LXXIII y LXXIV, que a continuación se detallan.

Tabla LXXII. Resultados análisis bivalente para derivación a neuropsiquiatría y problemas de salud mental

	Chi ²	p	OR	IC95%
ENCOPRESIS	0,072	0,788	1,1	0,548-2,207
ENURESIS NOCTURNA	47,101	0,000	0,170	0,098-0,296
SUEÑO	5,812	0,016	1,689	1,100-2,594
FOBIAS	7,866	0,005	2,204	1,255-3,871
ESTEREOTIPIAS	0,002	0,963	1,017	0,499-2,071
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	8,177	0,004	2,400	1,297-4,439
HIPERACTIVIDAD	1,496	0,221	1,228	0,883-1,708
ANOREXIA	6,660	0,010	3,738	1,282-10,896
BULIMIA	1,161	0,281	1,667	0,652-4,260
AGRESIONES	16,139	0,000	2,868	1,686-4,878
DESTRUC PROPIEDAD	6,716	0,010	2,469	1,222-4,987
ENGAÑO O ROBO	8,736	0,003	3,263	1,430-7,444
VIOLACIÓN GRAV REGLAS	4,447	0,035	2,379	1,039-5,447
ABUSO DROGAS	3,391	0,066	4,170	0,803-21,668
PSICOSIS	1,823	0,177	0,502	0,182-1,390
COMPR SUICIDA	3,805	0,051	6,661	0,740-59,954
OTROS	8,356	0,004	1,719	1,188-2,488

Tabla LXXIII. Resultados del análisis de regresión logística simple para derivación a neuropsiquiatría y problemas de salud mental

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC95% para OR	R2
Agresión pers.anim.	1,054	0,271	15,115	1	0,000	2,868	1,686-4,878	0,033
constante	-0,609	0,088	47,545	1	0,000	0,544		
Engaño o robo	1,183	0,421	7,895	1	0,005	3,263	1,430-7,444	0,018
constante	-0,547	0,085	41,62	1	0,000	0,579		
Tartam.,tim.,mutis.	0,875	0,314	7,775	1	0,005	2,400	1,297-4,439	0,017
constante	-0,562	0,086	42,387	1	0,000	0,570		
Fobias	0,790	0,287	7,565	1	0,006	2,204	1,255-3,871	0,016
constante	-0,567	0,087	42,492	1	0,000	0,567		
Destrucción propied.	0,904	0,359	6,345	1	0,012	2,469	1,222-4,987	0,014
constante	-0,547	0,085	41,133	1	0,000	0,579		
Anorexia	1,319	0,546	5,835	1	0,016	3,738	1,282-10,896	0,014
constante	-0,530	0,084	39,980	1	0,000	0,589		
Problemas sueño	0,524	0,219	5,734	1	0,017	1,689	1,100-2,594	0,012
constante	-0,584	0,091	41,107	1	0,000	0,558		

Tabla LXXIV. Resultados del análisis de regresión logística múltiple para derivación a neuropsiquiatría y problemas de salud mental

	β	E.T.	Wald	gl	Sig.	OR	IC95% para OR
Agresión pers.anim.	1,084	0,274	15,674	1	0,000	2,957	1,729-5,058
Anorexia	1,182	0,564	4,398	1	0,036	3,262	1,080-9,848
Tartamud,tim.,mut.	0,746	0,325	5,287	1	0,021	2,109	1,116-3,985
Fobias	0,598	0,302	3,907	1	0,048	1,818	1,005-3,287
constante	-0,753	0,097	60,684	1	0,000	0,471	

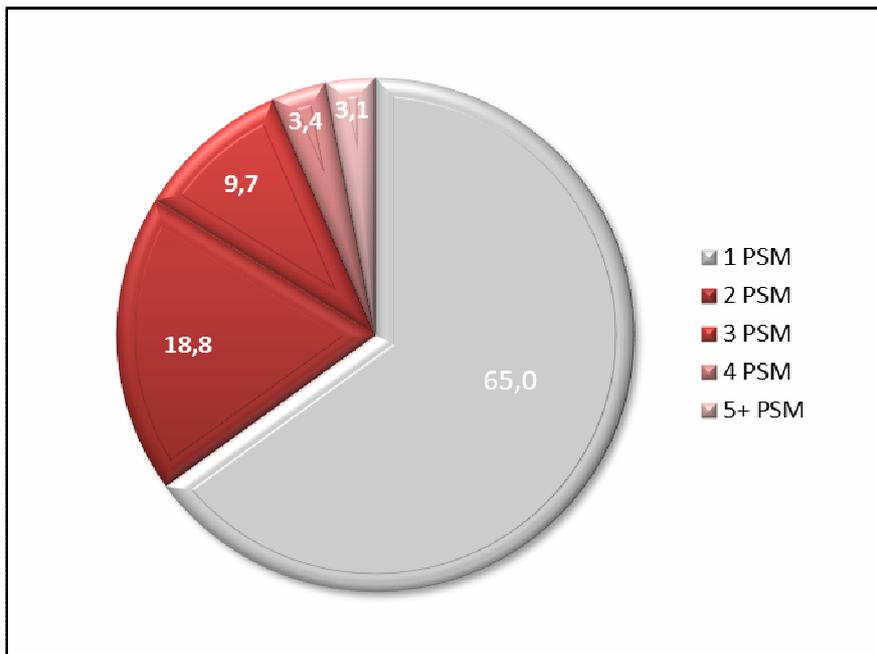
R2	0,071
ESPECIFICIDAD	91,5%
SENSIBILIDAD	22,8%
TOTAL PRONOSTICO	65,5%

La variable enuresis nocturna obtiene, de nuevo, valores en su OR por debajo de 1, lo cual indica que tampoco se deriva a salud mental. Las variables que quedan incluidas en la ecuación de regresión son, siguiendo el peso de su OR, en primer lugar la anorexia, que multiplica por 3,2 veces la probabilidad de ser derivado el caso a salud mental; en segundo lugar, la agresión a personas o animales, donde el riesgo se derivado a salud mental se multiplica casi por tres (OR=2.957) y, en tercer lugar, con valores muy similares, se encuentran los problemas denominados tartamudez, timidez o mutismo y las fobias, que tienen el doble de probabilidades de ser derivados a salud mental que el resto de casos.

7.8. COMORBILIDAD

La comorbilidad viene definida cuando un mismo sujeto presenta simultáneamente más de un problema de salud mental. En el presente estudio un total de 407 casos (65%) presentaron un solo problema de salud mental, 118 casos (18,8%) presentaron dos problemas de salud mental, 61 casos (9,7%) presentaron tres, 21 casos (3,4%) presentaron 4 y, finalmente, 19 casos (3,1%) presentaron simultáneamente cinco o más problemas de salud mental (Figura 35).

Figura 35. Distribución de la comorbilidad (%)



Analizada la distribución de la comorbilidad según sexo, grupos de edad y, dentro de cada grupo de edad, según sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla LXXV).

Tabla LXXV. Comorbilidad: diferenciales según sexo y edad

	Chi ²	p	OR	IC95%
Sexo	1,095	0,295	0,822	0,570-1,187
Grupos de Edad 1 y 2	0,261	0,610	1,120	0,725-1,729
Grupos de Edad 2 y 3	0,151	0,698	1,077	0,741-1,564
Grupos de Edad 1 y 3	0,700	0,403	1,206	0,778-1,869
Grupo de Edad 1 por Sexo	0,499	0,480	0,764	0,361-1,616
Grupo de Edad 2 por Sexo	2,032	0,154	0,638	0,343-1,186
Grupo de Edad 3 por Sexo	0,106	0,745	1,102	0,614-1,975

Grupo de Edad 1 = 3-6 años; Grupo de Edad 2= 7-10 años; Grupo de Edad 3: 11-14 años.

Por último, se procedió a realizar un análisis de regresión logística múltiple para la variable comorbilidad (variable dependiente), en función de los problemas de salud mental detectados por el pediatra (variables independientes), obteniéndose los resultados que a continuación se detallan.

Tabla LXXVI. Resultados análisis bivariante para comorbilidad y problemas de salud mental

	Chi ²	p	OR	IC _{95%}
ENCOPRESIS	8,003	0,005	2,626	1,316-5,241
ENURESIS NOCTURNA	2,823	0,093	0,699	0,460-1,063
SUEÑO	55,386	0,000	5,104	3,232-8,058
FOBIAS	51,789	0,000	8,795	4,431-17,459
ESTEREOTIPIAS	44,823	0,000	15,992	5,555-46,043
TARTAM, TIMIDEZ, MUT.	31,350	0,000	5,840	2,949-11,566
HIPERACTIVIDAD	0,825	0,364	1,168	0,835-1,1633
ANOREXIA	19,909	0,000	13,829	3,113-61,429
BULIMIA	14,922	0,000	6,880	2,236-21,169
AGRESIONES	86,439	0,000	17,135	7,990-36,745
DESTRUC PROPIEDAD	60,908	0,000	72,032	9,778-530,652
ENGAÑO O ROBO	44,625	0,000	52,320	7,038-388,952
VIOLACIÓN GRAV REGLS	40,627	0,000	47,643	6,388-355,347
ABUSO DROGAS	8,010	0,005	11,437	1,368-95,613
PSICOSIS	1,525	0,217	1,722	0,720-4,122
COMPR SUICIDA	9,367	0,002	0,345	0,309-0,384
OTROS	75,223	0,000	5,183	3,511-7,652

Tabla LXXVII. Resultados del análisis de regresión logística simple para comorbilidad y problemas de salud mental

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC _{95%} para OR	R ²
Sueño	1,630	0,223	48,924	1	0,000	5,104	3,232-8,058	0,111
constante	-0,927	0,096	88,487	1	0,000	0,404		
Encopresis	0,966	0,352	7,505	1	0,006	2,626	1,316-5,241	0,017
constante	-0,678	0,087	60,667	1	0,000	0,508		
Fobias	2,174	0,35	38631	1	0,000	8,795	4,431-17,459	0,105
constante	-0,811	0,091	80,127	1	0,000	0,444		
Tartam, Timidez, Mut.	1,765	0,349	25,623	1	0,000	0,471	2,949-11,566	0,064
constante	-0,753	0,089	71,727	1	0,000	0,471		

Tabla LXXVIII. Resultados del análisis de regresión logística múltiple para comorbilidad y problemas de salud mental

	β	E.T.	WALD	gl	Sig.	OR	IC _{95%} para OR
Sueño	1,554	0,246	39,962	1	0,000	4,729	2,921-7,655
Tartam, Timidez, Mut.	1,611	0,375	18,479	1	0,000	5,007	2,402-10,436
Fobias	2,083	0,366	32,423	1	0,000	8,025	3,918-16,434
constante	-1,187	0,109	118,863	1	0,000	0,305	

R ²	0,231
ESPECIFICIDAD	86%
SENSIBILIDAD	49,8%
TOTAL PRONOSTICO	73,5%

A partir de la Tabla LXXVI podemos apreciar que existe una asociación entre la variable comorbilidad y un numeroso conjunto de problemas de salud mental. No obstante, a pesar de la significación obtenida mediante el cálculo de las Chi², las asociaciones más certeras, atendiendo al intervalo de confianza obtenido por sus OR, son sueño, encopresis, tartamudez, timidez y mutismo y, por último, fobias. Por este motivo son las únicas que seleccionamos para entrar en el análisis de regresión logística simple (Tabla LXXVII).

En el resultado final mostrado en la Tabla XXVIII, encontramos que, independientemente del sexo y de la edad de los sujetos, presentar un problema de sueño incrementa en prácticamente en cinco veces el riesgo de presentar comorbilidad. Si se presenta tartamudez, timidez o mutismo, el riesgo aumenta hasta 5 veces y, finalmente, si se presenta fobias el riesgo es mucho mayor, hasta 8 veces más.

La muestra de casos de comorbilidad presentó, con más frecuencia, dicha combinación de problemas de salud mental, siendo capaz de predecir, prácticamente, la mitad de los casos (49,8%).

CAPÍTULO VIII

CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN, LIMITACIONES Y CONCLUSIONES

8.1. DISCUSIÓN

En esta tesis se ha estudiado la demanda atendida en las consultas de atención primaria pediátrica de la Comunidad Valenciana durante 2009, en materia de salud mental, mediante el establecimiento de un protocolo al respecto cuya responsabilidad de notificación epidemiológica fue asumida desde la Red Centinela Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Más de un 70% de los casos fueron de sexo masculino, coincidiendo con lo señalado en el marco teórico por Zwaanswijk (2003, 2005) y López-Soler et al. (2010). Ello corrobora una mayor detección por parte de los padres o principales cuidadores de aquellos problemas que causan un mayor impacto sobre el funcionamiento familiar y que se traducen en un conjunto de conductas disruptivas compatibles, principalmente, con el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

La edad media de los casos, cifrada en 9,15 años y la edad más representada, los 11 años, también coincide con lo referido en otros estudios previos (Aláez, 2000; Ezpeleta et al., 2008; López-Soler, 2009 y 2010), por lo que la mayor demanda queda entrada en varones y en segunda infancia.

Según país de procedencia, la muestra es abrumadoramente de origen español, lo cual nos hace pensar en la posibilidad de que minorías étnicas o culturales estén quedándose fuera del acceso a los servicios sanitarios por razón de salud mental.

El problema de salud mental más frecuente fue la hiperactividad, con un 39,1% del total de casos notificados, pero destaca la categoría de 'otros' con un 24,4% de ellos, lo cual sugiere una necesidad de cualificar mejor el repertorio sintomatológico a explorar y declarar epidemiológicamente.

Patrón diferenciado por edad y sexo

Por sexos, en varones fue más significativo la presencia de hiperactividad y de psicosis, tal y como se describe en la literatura (Grupo de Trabajo de la Guía de PC, 2009; McGrath et al., 2004; Martel, Gobrogge, Breedlove y Nigg, 2008; Rescorla, 2007b; Trepát y Ezpeleta, 2011), y en niñas, la anorexia, también descrita en la literatura así como las fobias (Rescorla, 2007a; Rojo et al., 2003). Bien es cierto que el espectro de problemas de salud mental a notificar está esorado hacia los problemas externalizantes, arrojando cifras superiores en esta área de funcionamiento, dejando debajo de la superficie problemas emocionales, por ejemplo, de índole depresiva.

Por otro lado, hay más varones en la categoría de conducta antisocial, aunque no significativamente, quizás porque el grueso de la notificación se basa en la hiperactividad. La explicación que encontramos es que este tipo de problema es más conocido por la opinión pública en general, por las familias en particular y por los pediatras, quienes son vistos como personal cualificado para atender este tipo de demandas.

En función de la edad, hay una clara diferenciación psicopatológica disminuyendo progresivamente la presencia de alteraciones de la eliminación y de sueño, y aumentando, de manera paulatina, la hiperactividad, la conducta antisocial, la anorexia y el abuso de drogas (donde todos los casos son declarados a partir de los 11 años de edad). En la categoría de psicosis existe una mayor notificación en el grupo de los pequeños (3-6 años), pensamos que esto puede ser debido a que el diagnóstico de autismo está incluido dentro de esta categoría en el protocolo. El segundo grupo de edad de mayor peso en psicosis es el de los mayores (11-14 años), probablemente coincidiendo con pródromos psicóticos que acontecen en la preadolescencia-adolescencia.

La categoría de 'otros' se va engrosando conforme avanza la edad mostrando de esta manera la cada vez mayor complejidad de los problemas de salud mental detectados. Para esta categoría, existe, además, un progresivo incremento de casos en niñas y la

diferencia por sexos se va haciendo cada vez más patente también en función de la edad; quizás este fenómeno está relacionado con el menor barrido de problemas internalizantes realizado a través del protocolo de la RCSCV o con la percepción de mayor complejidad del problema por parte del pediatra.

En el intervalo de edad de 3-6 años, la enuresis es la principal patología detectada y, junto con los problemas de sueño, conforman más de la mitad de todos los problemas de salud mental consultados. Otro tercio de los problemas se cifran en la hiperactividad y no hay diferencias por sexos.

En el segundo intervalo de edad, entre los 7 y los 10 años, el orden de los problemas cambia, pasando a ser la hiperactividad el primero de ellos con un 40% del peso total y los otros dos, enuresis y problemas de sueño, se reducen en un 30% en su importancia. Además, en este intervalo surgen las fobias y, por sexos, aparecen por vez primera diferencias significativas, en enuresis (mayor en niños) y en anorexia (mayor en niñas).

Finalmente, en el tercer intervalo de edad, entre los 11 y los 14 años, la hiperactividad aglutina casi el 50% de los problemas de salud mental, pero la categoría 'otros' también cobra importancia. En un 10% quedan aquellos problemas que fueron los principales de los más pequeños (enuresis, sueño) y, por sexos, la diferencia es mayor y más patente: la hiperactividad y la destrucción de la propiedad es más frecuente en varones y, en niñas, son las fobias y la anorexia las categorías con diferencias significativas. También se presentan otras diferencias cuantitativas (aunque no alcanzan la significación) pero que en edades anteriores no se daban como, por ejemplo, en psicosis.

En este sentido, coincidimos con el trabajo publicado por Kessler et al. (2007b) en la Universidad de Harvard, bajo el patrocinio de la OMS, quien realiza una revisión de lo publicado hasta la fecha en relación con la edad de aparición de los trastornos mentales. Entre sus conclusiones principales destaca la aparición, entre los 7 y los 9 años, del TDAH y de problemas de salud mental compatibles con trastornos externalizantes (Trastorno de la Conducta, Trastorno Negativista Desafiante). Por

último, señala que el abuso de drogas tiene sus inicios al comienzo de la adolescencia, lo que coincide también con la notificación de casos declarada en nuestro estudio.

Por otro lado, nuestros hallazgos se sitúan en la línea del patrón generalizado que asocia los trastornos externalizantes al sexo masculino y los internalizantes al femenino, ampliamente documentado en el estudio de Rescorla et al. (2007b) para ambas dimensiones psicopatológicas y en el de Sandín, Valiente y Chorot (2009), específicamente para la dimensión internalizante.

Por último, en nuestro trabajo se pone de manifiesto una progresiva diferenciación psicopatológica conforme avanza la edad, lo cual queda reflejado, a su vez, en los estudios sobre psicopatología del desarrollo de Cicchetti y Rogosch (2002) y Cicchetti y Cohen (2006).

Prevalencia

La prevalencia-año total hallada, 3,51%, supera lo referido por Tizón (2002) y se encuentra en consonancia con lo descrito por Rutter et al. (2008), por lo que podemos afirmar que se trata de una prevalencia elevada, máxime cuando no se han explorado la totalidad de problemas de salud mental. La prevalencia de hiperactividad se considera inferior a lo esperado, ascendiendo a 0,85%, lo cual contrasta con las prevalencias halladas por Polanzky et al. (2007), Cardo (2007) o Catalá-López (2012), todas ellas superiores al 5%, lo cual implica que una gran parte de estos casos no son atendidos en atención primaria y, probablemente, muchos de ellos, no son atendidos por ninguna instancia.

En términos generales, de acuerdo con el análisis realizado para las proporciones, la prevalencia aumenta con la edad y presenta una diferencia marcada por sexos, la cual viene mediada también por la autoselección de la demanda, comentada abundantemente en el marco teórico y relativa al primer filtro del modelo de Goldberg y Huxley.

Impacto

En cuanto a las áreas de impacto, los resultados confirman lo expuesto para el Filtro 1 de Goldberg y Huxley, en el sentido de que el 68% de los problemas de salud mental consultados y que revestían relevancia clínica habían causado impacto, en primer lugar, sobre la familia y su funcionamiento cotidiano. Pero, además, la diferencia intersexos del impacto (mayor en varones en todos los contextos: escolar, compañeros y ocio) ofrece una información indirecta sobre la mayor visibilidad de los problemas detectados, que cursan con conductas disruptivas.

Las consecuencias de los problemas de salud mental pasan, de impactar principalmente en la familia, a hacerlo también en el resto de los contextos a partir del segundo intervalo de edad. Así lo refleja a su vez García Linares et al. (2011), mostrando que la familia es tanto una fuente de conflicto como elemento compensador en el surgimiento de los problemas de salud mental, puesto que constituye el primer contexto para el crecimiento y socialización del ser humano. Por otro lado, Sayal, Taylor, Beecham y Byrne (2002) señalan que, por encima del riesgo de TDAH, lo que conduce a los padres a acudir a consulta es, en realidad, la magnitud del impacto que el problema tiene sobre la propia familia.

Factores de Riesgo

El factor de riesgo más notificado fue la familia desestructurada (casi uno de cada cinco casos), lo cual concuerda con lo obtenido por el estudio de la OMS (2005) y con el de Tasmin Ford (2007).

El peso del absentismo escolar se hizo mayor conforme avanzaba la edad de los sujetos. Este último aspecto se encuentra, obviamente, en consonancia con el mayor nivel de autonomía del preadolescente y adolescente para poder ausentarse del centro docente sin causa justificada; quizás también, con la mayor importancia otorgada al funcionamiento académico en la etapa de la educación secundaria por

parte de la familia: fruto de esa mayor implicación, la información sobre si existe ese problema llega al hogar; y, por último, es notorio que se trata de un fenómeno que se ha hecho visible en los últimos años gracias a los controles establecidos en los centros docentes de nuestro país, con la finalidad de intentar detectar y trabajar precisamente, un problema de calado como es el absentismo escolar.

Presentar absentismo escolar en un núcleo familiar en proceso de separación o divorcio incrementa el riesgo de presentar problemas de salud externalizantes (agresiones a personas o animales, engaño o robo, violación grave de reglas, destrucción de la propiedad), lo que también queda apuntado en el trabajo de Ezpeleta, Granero, de la Osa y Domènech (2008).

La enfermedad mental de los padres queda relacionada con el riesgo de presentar problemas internalizantes (estereotipias, tartamudez, timidez o mutismo), e incluso de trastornos de la conducta alimentaria. Así lo afirman, a su vez, Coté et al. (2009), Goodman et al. (2011) y McLaughlin et al. (2012).

Por último, la familia desestructurada queda relacionada con la presencia de alteraciones del sueño. En este sentido, Shelton y Harold (2008) encuentran una relación entre la familia desestructurada y un amplio abanico de problemas de salud mental, incluidos tanto en el espectro internalizante, como en el externalizante.

Actitud terapéutica

En cuanto a la actitud terapéutica, en dos de cada tres casos se ofreció consejo, en uno de cada dos se prescribió un fármaco y en dos de cada tres fueron derivados. Se medicó más a los niños que a las niñas. Resulta sorprendente la pauta farmacológica puesto que si la sospecha diagnóstica fue, principalmente, de hiperactividad, a juzgar por la mayor proporción detectada de este tipo de problemas de salud mental, quizás lo más indicado hubiera sido la derivación previa a la prescripción farmacológica. En este sentido, sería interesante que se realizara un proceso de revisión de la pauta

farmacológica pediátrica en orden a racionalizar y medir la posible yatrogenia que, promovida por la disponibilidad farmacéutica, tal y como Costello et al. (2008) señalan, parece ocurrir también en nuestro caso.

Conforme avanza la edad, dicha prescripción farmacológica aumenta, al tiempo que también lo hace la derivación del caso y disminuye el consejo pediátrico, lo cual parece indicar que, a medida que los pacientes crecen, el pediatra requiere de una instancia especializada en la mayoría de los casos. El 60% de las derivaciones fueron a salud mental y uno de cada tres casos fue derivado a neuropsiquiatría. Tan sólo un 4,5% de los casos fue derivado a ambas instancias. Sin embargo, dado el principal diagnóstico de hiperactividad, diagnóstico multidisciplinar donde los haya, era más esperable que la categoría mixta (neuropsiquiatría y salud mental) hubiera sido la primera elección de derivación.

La elevada prevalencia de los problemas de salud mental detectados y el alto grado de derivación de los mismos, hace pensar en la posibilidad de incluir psicólogos en atención primaria que puedan llevar a cabo un cribado de salud mental efectivo, tal y como ocurre en otros sistemas sanitarios, como el británico. Pensamos que ello contribuiría a sacar a la superficie muchas de las necesidades ocultas en materia de salud mental de la infancia y adolescencia, puesto que el rol de este profesional se identifica claramente con este ámbito de la salud.

Comorbilidad

Por lo que respecta a la comorbilidad, aproximadamente un tercio de la muestra presentó más de un problema de salud mental al mismo tiempo, sin diferenciación de edad ni sexo. El hecho de tener un problema de sueño fue claramente definitorio de comorbilidad, por lo que estimamos que la alteración en el patrón de sueño resulta un problema transversal a otros tipos de psicopatología. Así mismo, también se han observado comorbilidades en el ámbito de los problemas internalizantes notificados (fobias y timidez, tartamudez y mutismo).

8.2. LIMITACIONES

Las limitaciones de nuestra investigación son múltiples y vienen determinadas, en primer lugar, por la definición de caso y la demanda sesgada que ello supone, común a toda la demanda pediátrica en temas de salud mental, tal y como se expuso a través del modelo de Goldberg y Huxley y que viene contenida en el Filtro 1. Esta limitación se manifiesta directamente en una mayor presencia de niños frente a niñas y de problemas externalizantes frente a problemas internalizantes.

En segundo lugar, figuran las limitaciones derivadas del instrumento de medida: por una parte, el protocolo utilizado no responde en exclusiva a ninguna de las taxonomías, ni la categorial (participando tanto de la nosología propia del DSM como del CIE), ni la dimensional, no siendo exhaustiva para ninguna de las dos; y, por otra parte, toman más representatividad los problemas externalizantes que los internalizantes. Además, en algunas categorías, se incorporan bien síndromes (anorexia, fobias), bien síntomas (agresiones a personas o animales, destrucción de la propiedad), o bien, ambos a un tiempo (tartamudez, timidez, mutismo).

No obstante, la agrupación de problemas tan diferentes como la tartamudez, la timidez o el mutismo tiene coherencia psicopatológica dado que forman parte de la dimensión internalizante y su prevalencia no tiene un peso importante (16 por 10.000). Así mismo, en el caso de la conducta antisocial se desciende a un nivel sintomatológico, lo que permite distinguir sus dos componentes principales, a saber, la agresividad (agresiones a personas o animales) y la conducta delincuente (destrucción de la propiedad, engaño o robo y violación grave de reglas). Por ello, a pesar de la posible sobreestimación de la prevalencia de la conducta antisocial, este método otorga mayor calidad en el detalle de la información (Ballester, Legaz, Salmerón y Gil, 2012).

En cuanto a los factores de riesgo hay que resaltar que los datos estadísticos no son concluyentes, sino que más bien son tímidos apuntes sobre determinadas tendencias, además de que en el instrumento de evaluación no están recogidos ni todos los

factores de riesgo, ni por supuesto, aquellos de compensación (protección) o de vulnerabilidad. Desde el punto de vista de la psicología positiva, así como del modelo salutogénico de acercamiento a la salud integral del individuo, hubiera sido muy interesante poder contar con aquellos elementos que contrarrestan el peso de los factores de riesgo, es decir, aquellos elementos que promueven salud, a pesar de la existencia de otros riesgos para la salud mental. Este sería el enfoque defendido por la psicopatología del desarrollo, expuesto en el marco teórico de esta tesis, centrado en el estudio de las fuerzas de interacción entre los factores de riesgo y vulnerabilidad, por un lado, y aquellos de compensación y protección. Sólo de esta manera, podríamos estar en condiciones de explicar el surgimiento de la psicopatología, de una manera individualizada, para cada uno de los pacientes.

Para paliar esta limitación, pensamos que es necesario una labor de difusión del modelo a los profesionales de atención directa sanitaria, pediatras y personal de enfermería en su mayoría, con la finalidad de que también abran el ojo clínico hacia lo que funciona y hacia la dialéctica establecida con lo que no funciona, orientando por tanto su praxis hacia un análisis del continuo salud-enfermedad.

8.3. CONCLUSIONES

En conclusión, podemos afirmar que hemos hallado una prevalencia importante de problemas de salud mental atendidas en las consultas pediátricas de la Comunidad Valenciana, cuya magnitud las convierte en un problema de salud pública que requiere una intervención clara. La prevalencia es muy superior en niños que en niñas. La alteración más prevalente es la hiperactividad. Hemos hallado un perfil diferenciado según la edad y el sexo. La familia es el contexto de mayor impacto, presentando, en el caso del sexo masculino, una repercusión mayor tanto en la familia, como en la escuela y en las relaciones con sus compañeros, asociándose la enfermedad mental de los padres, la familia desestructurada y el absentismo escolar en combinación con los procesos de separación y divorcio, con un mayor riesgo de presentar problemas de

salud mental. Problemas que, al menos en un tercio de los mismos, fueron acompañados de una morbilidad adicional, siendo la alteración del sueño transversal en dicho fenómeno comórbido y obteniendo, la mayoría de los casos, una respuesta de derivación y de prescripción farmacológica.

A partir de la información obtenida, se constata la necesidad de un modelo de salud integrador en la pediatría de atención primaria que dé cabida a los problemas de salud mental en la consulta, resultando de esta actitud de disponibilidad en el médico una mayor confianza en las familias para poder plantear los problemas observados en casa. Y puesto que un factor importante es la percepción subjetiva parental de la necesidad de acudir en busca de ayuda, es necesario desarrollar estrategias efectivas para modificar la percepción parental de los problemas.

Por otro lado, factores fácilmente monitorizables desde la consulta pediátrica como pueden ser la enfermedad mental de los padres, deberían poder estar a disposición inmediata de los profesionales que cuidan de la infancia y la adolescencia.

En definitiva, desde una perspectiva de salud pública, la identificación temprana y la accesibilidad de los servicios sanitarios pueden reducir las complicaciones. En lo que atañe a la atención primaria, ello implica identificar los niños con o en riesgo de padecer algún trastorno mental y educar a los padres para reconocer las señales de alerta y promover que acudan al pediatra en busca de ayuda.

Dado el número infradiagnosticado y tratado en los servicios sanitarios se sugiere trabajar también con el otro contexto en el que se desarrollan todos y cada uno de los niños y niñas y adolescentes: la escuela. La escuela tiene un rol importantísimo para la promoción de la salud mental y es único vehículo para la aplicación universal de programas de salud. Además se dispone de suficiente evidencia de la efectividad de los programas de aprendizaje social y emocional, así como para la detección temprana de problemáticas específicas o generales sobre la esfera de la salud mental de la infancia y adolescencia.

Para terminar, en consonancia con lo que Anthony y Van Etten (1999) señalan, pensamos que, al igual que en otras áreas de la epidemiología, se necesitan epidemiólogos con orientación psicológica y psiquiátrica dedicados a encontrar mecanismos específicos etiológicos para trastornos mentales específicos. Una vez en posesión de estos hallazgos se deben traducir en preguntas concretas de investigación preventivas. Por ello, sólo a través de protocolos sistemáticos de seguimiento y vigilancia en salud pública podremos comprobar si existen tendencias poblacionales, si las medidas insertadas funcionan y si la salud mental de nuestros más pequeños mejora o no y por qué. Es nuestra responsabilidad. Y un apasionante desafío.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 Profile*. Burlington (Vermont): University of Vermont, Department of Psychiatry.

Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.

Alarcón, R.D. (2010). Hacia nuevos sistemas de diagnóstico: proceso, preguntas y dilemas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(2), 37-39.

Alda, J.A. (2009). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. En: Alda, J.A. et al. (Coord.). *Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo?* Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.

Astray, J., Domínguez, M^aF., Esteban-Vasallo, M.D., Gènova, R. y Velázquez, L. (2012). *Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2012*. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid.

Álvarez-Dardet, C. y Ruiz-Cantero, M.T. (2011). Patrimonio de salud ¿son posibles las políticas salutogénicas? *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 123-127.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(suppl): 85-120.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th Ed. (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrés, M.A., Catalá, M.A. & Gómez-Beneyto, M. (1999). Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(4), 175-179.
- Angold, A., Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-89.
- Anthony, J.C. & Van-Etten, M.L. (1999). Epidemiology and its rubrics. En Bellack, A. & Hersen, M. (Eds.) *Comprehensive clinical psychology* (pp.355-390). Vol I. Oxford (UK): Elsevier Science Publications. 355-390.
- Ballester, R., Legaz, E., Salmerón, P. y Gil, M.D. (2012). Alteraciones del comportamiento. Prevalencia en las consultas de pediatría de atención primaria. Comunidad Valenciana, 2009. *Revista Española de Salud Pública*, 86(2), 199-210.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bofill, I., Fernández, A, Villegas, M.A., García, A. e Hijano, F. (2010). Psiquiatría infantil: patología prevalente en Atención Primaria, abordaje y tratamiento. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 12(Supl.19), 93-106.
- Bonita, R., Beaglehole, R. y Kjellström, T. (2008). *Epidemiología básica*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

- Brown, J.D., Riley, A.W. & Wissow, L.S. (2007). Identification of youth psychosocial problems during pediatric primary care visits. *Administration Policy Mental Health*, 34(3), 269-281.
- Cardo, E., Servera, M. & Llobera, J. (2007). Estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among the standard population on the island of Majorca. *Revista de Neurología*, 44(1):10-4.
- Carrasco, M.A. & del Barrio, M.V. (2007). Temperamental and personality variables in child and adolescent depressive symptomatology. *Psicothema*, 19(1), 43-48.
- Catalá-López, F. et al. (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BioMed Central Psychiatry*, 12(1), 168-186. Doi:10.1186/1471-244X-12-168.
- Causadias, J.M., Salvatore, J.E. & Sroufe, L.A. (2012). Early Patterns of Self-Regulation as Risk and Promotive Factors in Development: A Longitudinal Study from Childhood to Adulthood in a High-Risk Sample. *International Journal of Behavior Development*, 36(4), 293-302.
- Cicchetti, D. (2006). Development and Psychopathology. En Cicchetti, D. & Cohen D.J. (Eds.) *Developmental Psychopathology: Theory and method* (pp.1-23). New York: Wiley.
- Cicchetti, D. & Rogosch, F.A. (2002). A Developmental Psychopathology Perspective on Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20.
- Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R. & Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(8), 1350-1362.

- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L. & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 885-894.
- Copeland, W.E., Shanahan, L, Costello, E.J. & Angold, A. (2009). Childhood and Adolescent Psychiatric Disorders as Predictors of Young Adult Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 764-772.
- Costello, E.J., Foley, D.L. & Angold, A. (2005). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Costello, E.J., Foley, D.L. & Angold, A. (2006a). 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 8-25.
- Costello, E.J., Erkanli, A. & Angold, A. (2006b). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1263-1271.
- Costello, E.J., Worthman, C., Erkanli, A. & Angold, A. (2007). Prediction From Low Birth Weight to Female Adolescent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 64 (3), 338-344.
- Côté, S.M. et al. (2009). Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk factors during early childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(10), 1201-1208.

Cowan, P.A., Cowan, C.P. & Mehta, N. (2009). Adult Attachment, couple attachment, and children's adaptation to school: an integrated attachment template and family risk model. *Attachment and Human Development*, 11(1), 29-46.

Cutajar, M.C. et al. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect*, 34(11), 813-822.

del Barrio, V. (2009). Problemas específicos de la Evaluación Infantil. *Clínica y Salud*, 20(3), 225-236.

Deckers, J.G.M., Pager, J., Schellevis, F. & Fleming, D.M. (2006). European primary care surveillance networks: their structure and operation. *Family Practice*, 23(2), 151-158.

Eaton, W.W., Martins, S.S., Nestadt, G., Bienvenu, O.J., Clarke, D. & Alexandre P. (2008). The Burden of Mental Disorders. *Epidemiologic Review*, 30, 1-14.
doi:10.1093/epirev/mxn011

Elberling, H., Linneberg, A., Olsen, A.M., Goodman, R. & Skovgaard, A.M. (2010). The prevalence of SDQ measured mental health problems at age 5-7 years and identification of predictors from birth to preschool age in a Danish birth cohort: The Copenhagen Child Cohort 2000. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2010, 19(9), 725-735.

Esteban-Vasallo, M.D. et al. (2009). Mejorar la salud mental. En Flores, P. y Astray J. (Eds.) *Informe 2009 del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid* (pp.163-182). Madrid: Servicio Madrileño de Salud.

Éthier, L.S., Lemelin, J.P. & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse and Neglect*, 28(12), 1265-1278.

European Communities. (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Bruxelles: European Commission.

Ezpeleta, L. et al. (2007). Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Spanish slum. *Social Science and Medicine*, 64(4), 842-849.

Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Penelo, E. & Domènech, J. (2012). (In press). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire in 3-year-old preschoolers. *Comprehensive Psychiatry*, doi: 10.1016/j.comppsy.2012.07.009

Ezpeleta, L., Granero, R., Osa, N. & Doménech, J. (2008). Risk factor clustering for psychopathology in socially at-risk Spanish children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 559-568.

Fabregat, E. y Palomares, M.J. (2009). Cribado de problemas psicosociales en Atención Primaria. *Revista de Pediatría de Atención Primaria*, 11(43), 425-437.

Ferreras, J.M. et al. (2011). Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 5(14), 1-5.

Fichter, M.M., Kohlboeck, G., Quadflieg, N., Wyschkon, A. & Esser, G. (2009). From childhood to adult age: 18-year longitudinal results and prediction of the course of mental disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 792-803.

Flores, J.C. (2009). Características de comorbilidad en los diferentes subtipos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Psicothema*, 21(4), 592-597.

- Flouri, E. & Panourgia, C. (2011). Gender differences in the pathway from adverse life events to adolescent emotional and behavioural problems via negative cognitive errors. *British Journal of Developmental Psychology*, 29(2), 234-252.
- Flouri, E., Mavroveli, S. & Tzavidis, N. (2010). Modeling risks: effects of area deprivation, family socio-economic disadvantage and adverse life events on young children's psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(6), 611-619.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of Autism Development Disorder*, 33(4), 365-382.
- Fonseca-Pedrero, D., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., y Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 15-25.
- Ford, T. (2008). Practitioner Review: How can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 900-914.
- Ford, T., Collishaw, S., Meltzer, H. & Goodman, R. (2007). A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 953-961.
- Ford, T., Goodman, R. & Meltzer, H. (2003). Service over 18 months among a nationally representative sample of British children with psychiatric disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(1), 37-51.

- Franco, F. y Arango, C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*, 16(3), 19-27.
- Frías, A., Carrasco, A., Fernández, M.J., García, A. y García, B. (2009). Comorbilidad entre trastornos de conducta y depresión mayor en la adolescencia: prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 14(1), 1-16.
- Frigerio, A. et al. (2004). Behavioral and emotional problems among italian children and adolescents aged 4 to 18 years as reported by parents and teachers. *European Journal of Psychology Assessment*, 20(2), 124-133.
- Galera, C. et al. (2011). Early Risk Factors for Hyperactivity-Impulsivity and Inattention trajectories From Age 17 Months to 8 Years. *Archives of General Psychiatry*, 68(12), 1267-1275.
- Gámez-Guadiz, M., Straus, M.A., Carboles, J.A., Muñoz-Rivas, M.J. & Almendros, C. (2010). Corporal punishment and long-term behavior problems: The moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psicothema*, 22(4), 529-536.
- Garaigordobil, M, Pérez, J.I. & Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.
- García-Benavides, F. (1998). La medición en epidemiología. En Martínez-Navarro, F. et al. (Eds.) *Salud Pública* (pp.149-165). Madrid: MacGrawHill Interamericana.
- García-Linares, M.C., Cerezo, M.T., de la Torre, M.J., Carpio, M.V. y Casanova, P.F. (2011). Prácticas educativas paternas y problemas externalizantes e internalizantes en adolescentes españoles. *Psicothema*, 23(4), 654-659.

- Giedd, J.N., Keshavan, M. & Paus, T. (2008). Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? *Nature Review of Neuroscience*, 9(12), 947-957.
- Goldberg, D. (1995). Epidemiology of Mental Disorders in Primary Care Settings. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 182-190.
- Gómez-Beneyto, M., Bonet, A., Catalá, M.A., Puche, E. & Vila, V. (1994). The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(5), 352-357.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 17-24.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, R., Slobodskaya, H. & Knyazev, G. (2005). Russian child mental health. A cross-sectional study of prevalence and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(1), 28-33.
- Goodman, S.H. et al. (2011). Maternal Depression and Child Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 1-27.

- Granero, R., Ezpeleta, L. & Domènech, J.M. (2007). Features associated with the non-participation and drop out by socially-at-risk children and adolescents in mental-health epidemiological studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 251-258.
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R. (2005). *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Green, J., Stanley, Ch. & Peters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment and Human Development*, 9(3), 207-222.
- Gruber, R. Cassoff, J., Frenette, S., Wiebe, S. & Carrier, J. (2012). Impact of Sleep Expansion and Restriction on Children's Emotional Lability and Impulsivity. *Pediatrics*, 130(5), e1155-e1161.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastorno del Espectro Autista en Atención Primaria. (2009). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Trastorno del Espectro Autista en Atención Primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Hacker, K.A. (2006). Mental Health Screening in Pediatric Practice: Factors Related to Positive Screens and the Contribution of Parental/Personal Concern. *Pediatrics*, 118(5), 1896-1906.
- Haro, J.M. et al. (2003). La epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación el proyecto ESEMeD-España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31(4), 182-191.

- Haro, J.M. et al. (2005). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 126(12), 445-451.
- Hicks, B.M., South, S.C., DiRago, A.C., Iacono, W.G. & McGue, M. (2009). Environmental Adversity and Increasing Genetic Risk for Externalizing Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(6), 640-648.
- Hopwood, C.J. & Grilo, C.M. (2010). Internalizing and Externalizing Personality Dimensions and Clinical Problems in Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(4), 398-408.
- Hosmer, D. & Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley.
- Janssens, A. & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18(11), 691-700.
- Kessler, R.C. et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.
- Kessler, R.C. et al. (2007b). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion of Psychiatry*, 20(4), 359-364.
- Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (2008). *The WHO World Mental Health Survey: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press.

- Kim-Cohen, J. et al. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults: Developmental follow back of a prospective longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60, 709-717.
- Landa, N., Goñi, A., García, E. y López-Goñi, J.J. (2009). Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 32(2), 161-168.
- Lapouse, R. (1967). Problems in studying the prevalence of psychiatric disorder. *American Journal of Public Health*, 57(6), 947-954.
- Lapouse, R. & Monk, M. (1958). An epidemiologic study of behaviour characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48(9), 1134-1344.
- Last, J.M. (1988). *A Dictionary of Epidemiology*, 2nd edition. New York: Oxford University Press.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85, 19-28.
- Logan, D.E. & King, C.A. (2001). Parental Facilitation of Adolescent Mental Health Service Utilization: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 319-333.
- López-Maside, A., Miralles-Espí, M.T., Molins-Estellés, T. y Zurriaga-Lloréns, O. (2007). *Informe de la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana 2005-2006*. Valencia: Generalitat, Conselleria de Sanitat.
- López-Soler, C. y Martínez, M. (2003). *Déficit atencional e hiperactividad: psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: UNED.

- López-Soler, C., Alcántara, M.V., Fernández, M., Castro, M. y López, A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behaviour Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V. y López, J.A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21(3), 353-358.
- Lubotsky, L.B., Hennessy K.D. & Petrila, J. Eds. (2010). *Mental Health Services: A public health perspective*. New York: Oxford University Press.
- Martel, M.M., Gobrogge, K.L., Breedlove, S.M. & Nigg, J.T. (2008). Masculinized finger-length ratios of boys, but not girls, are associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behavioral Neuroscience*, 122(2), 273-281.
- McGrath, J. et al. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BioMed Central Medicine*, 2, 13.
- McLaughlin, K.A. et al. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 200(4), 290-299.
- Meltzer, H. (2007). Childhood Mental Disorders in Great Britain: An Epidemiological Perspective. *Child Care in Practice*, 13(4), 313-326.
- Mensah, F.K. & Ciernan, K.E. (2010) Parents' mental health and children's cognitive and social development. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(11), 1023-1035.

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2006). *Encuesta Nacional de Salud de España 2006*. Descargado el 2/09/12; <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- Miranda, I. et al. (2003). ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria*, 32(9), 524-530.
- Moreno, E. y Soriana, J.A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud Mental*, 35(4), 315-328.
- Murray, C.J.L. & López, A.D. (1997a). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349 (May 17), 1436-1442.
- Murray, C.J.L. & López, A.D. (1997b). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of Disease Study. *The Lancet*, 349 (May 24), 1498-1504.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En Martínez-Navarro, F. et al. (Eds.) *Salud Pública* (pp.49-55). Madrid: MacGrawHill Interamericana.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J.C., Sales, A. y Sancerni, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Nomura, Y., Rajendran, K., Brooks-Gunn, J. & Newcorn, J.H. (2008). Roles of perinatal problems on adolescent antisocial behaviors among children born after 33 completed weeks: a prospective investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(10), 1108-1117.

- Oliva, A., Jiménez, J.M., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.
- Pedreira-Massa, J.L. y Sánchez-Gimeno, B. (1992). Métodos de screening de trastornos mentales infanto-juveniles en atención primaria de salud. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 66, 115-129.
- Pihlakoski, L et al. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence. A prospective cohort study of 3-12-years-old children. *European Children and Adolescence Psychiatry*, 15(7), 409-417.
- Pitzer, M., Jennen-Steinmetz, C., Esser, G., Schmidt, M.H. & Laucht, M. (2011). Differential susceptibility to environmental influences: the role of early temperament and parenting in the development of externalizing problems. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 650-658.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-8.
- Polier, G.G. et al. (2012). Comorbidity of conduct disorder symptoms and internalising problems in children: investigating a community and a clinical sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 21(1), 31-38.
- Posserud, M., Lundervold, A.J., Lie, S.A. & Gillberg C. (2010). The prevalence of autism spectrum disorders: impact of diagnostic instrument and non-response bias. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(3), 319-327.

- Presenti-Gritti, P. et al. (2008). The co-occurrence between internalizing and externalizing behaviors. A general population twin study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(2), 82-92.
- Ravens-Sieberer, U. et al. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National health Interview and Examination Survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17(supp.1), 22-33.
- Reef, J., van Meurs, I., Verhulst, F.C. & van der Ende, J. (2010). Children's Problems Predict Adults' DSM-IV Disorders Across 24 Years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1117-1124.
- Reid, G., Hong, R. & Wade, T.J. (2009). The relation between common sleep problems and emotional and behavioural problems among 2 and 3-years-old in the context of known risk factors for psychopathology. *Journal of Sleep Research*, 18(1), 49-59.
- Rescorla, L. et al. (2007a). Epidemiological Comparisons of Problems and Positive Qualities Reported by Adolescents in 24 Countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 351-358.
- Rescorla, L. et al. (2007b). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(3), 130-142.
- Retolaza, A. (2009). La organización asistencial. En Retolaza, A. (Ed) *Trastornos Mentales Comunes. Manual de Orientación* (pp. 61-96). Madrid: Asociación Española de Psiquiatría.

- Rivera, F., Ramos, P., Moreno, C. y Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 85(2), 129-139.
- Roca, J. y Muñoz, A. (1998). Los estudios de prevalencia. En Martínez-Navarro, F. et al. (Eds.) *Salud Pública* (pp.179-198). Madrid: MacGrawHill Interamericana.
- Rodríguez-Hernández, P.J. (2006). Trastornos psiquiátricos infantiles de etiología neurobiológica y su despistaje en atención primaria. *Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría*, 30(1), 9-18.
- Rodríguez-Hernández, P.J. (2012). Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 265-279.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Klein, D.N., Seeley, J. & Gau, J.M. (2012). Key Characteristics of Major Depressive Disorder Occurring in Childhood, Adolescence, Emerging Adulthood, and Adulthood. *Clinical Psychological Science*, 20(10), 1-13.
- Rojo, L. et al. (2003). Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating disorders*, 34(3), 281-291.
- Romero, K. et al. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Rutter, M. (2011). Research Review: Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 647-660.

- Rutter, M. & Rutter, M. (1992). *Developing Minds. Challenge and continuity across the life span*. London: Penguin.
- Rutter, M. & Sroufe, L.A. (2000). Development psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265-296.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E & Thapar, A. (2008) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th edition*. London: Blackwell Publishing.
- Rutter, M., Kim-Cohen, J. & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3/4), 276-295.
- Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. & Whitmore, K. (1976). Isle of Wight Studies, 1964–1974. *Psychological Medicine*, 6(2), 313-332.
- Sala, R., Granero, R. & Ezpeleta, L. (2005). Dimensional analysis of a categorical diagnostic interview: the DICA-IV. *Psicothema*, 18(1), 123-129.
- Sandín, B., Valiente, R.M. y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.
- Sandoval, M., Lemos, S. & Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: A normative study of the YSR. *Psicothema*, 18(4), 804-809.
- Sayal, K. & Taylor, E. (2004). Detection of child mental health disorders by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54(502), 348-352.

- Sayal, K. (2006). Annotation: Pathways to care for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 649-659.
- Sayal, K. et al. (2010). Parental help-seeking in primary care for child and adolescent mental health concerns: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 476-481.
- Sayal, K., Taylor, E., Beecham, J., Byrne, P. (2002) Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 181, 43-48.
- Serrano-Blanco, A. et al. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: results from the Diagnosis and Assessment of Mental Disorders in Primary Care Study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201-210.
- Sheldrick, R.C., Merchant, S. & Perrin, E.C. (2011). Identification of Developmental-Behavioral Problems in Primary Care: A Systematic Review. *Pediatrics*, 128(2), 355-363.
- Shortt, J.W., Stoolmiller, M., Smith-Shine, J.N., Eddy, J.M. y Sheeber, L. (2010). Maternal emotion coaching, adolescent anger regulation, and siblings' externalizing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(7), 799-808.
- Simonoff, E. et al. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.

- Shelton, K.H. & Harold, G. (2008). Interparental Conflict, Negative Parenting, and Children's Adjustment: Bridging Links Between Parents' Depression and Children's Psychological Distress. *Journal of Family Psychology*, 22(5), 712-724.
- Skokauskas, N. & Gallagher, L. (2012). Mental health aspects of autistic spectrum disorders in children. *Journal of intellectual disability research*, 56(3), 248-257.
- Slade, T. (2007). The descriptive epidemiology of internalizing and externalizing psychiatric dimensions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(7), 554-560.
- Sroufe, L.A. & Rutter, M. (1984). The domain of development of psychopathology. *Child Development*, 55(1), 17-29.
- Teagle, S.E. (2002) Parental problem recognition and child mental health service use. *Mental Health Service Research*, 4(4), 257-266.
- Tizón, J.L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia en los dispositivos de Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4(13), 81-106.
- Trepat, E. y Ezpeleta, L. (2011). Sex differences in oppositional defiant disorder. *Psicothema*, 23(4), 666-671.
- van Beek, Y., Hessen, D.J., Hutterman, R., Verhulp, E.E. & van Leuven, M. (2012). Age and gender differences in depression across adolescence: real or 'bias'? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(9), 973-985.
- Vega, A.T. et al. (2006). Guía de principios y métodos de las redes centinelas sanitarias en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(supp.3), 52-60.

- Vera, J., Ezpeleta, L., Granero, R. & de la Osa, N. (2010). Antisocial Behavior, Psychopathology and Functional Impairment: Association with Sex and Age in Clinical Children and Adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(5), 465-478.
- Verhulst, F.C. (1998). La epidemiología en psicopatología infantil. En Rodríguez, J. (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente* (pp.79-106). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Verhulst, F.C. y Koot, J.M. (1992). *Child Psychiatric Epidemiology: Concepts, Methods and Findings*. Beverly Hills (California): Sage Publications.
- Viedma, P., Torner, M.J., Irlles, M.A. y López, R. (Coords.) (2012). *Encuesta de Salud de la Comunitat Valenciana, 2010*. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat.
- Wittchen, H.U. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Wittchen, H.U. y Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe –a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- World Health Organization. (1948). *Preámbulo de la Constitución de la O.M.S.* Official Records of the World Health Organization, 2, 100.
- World Health Organization. (1990). *Mental and behavioral disorders, diagnostic criteria for research: International classification of diseases, injuries and causes of death, 10th revision*. Genève: WHO.

- World Health Organization. (2004). *Conclusions from Pre-Conference "The Mental Health of Children and Adolescents"*. Luxembourg: European Commission, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg.
- World Health Organization. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Genève: WHO.
- World Health Organization. (2008a). *The global burden of disease: 2004 update*. Genève: WHO.
- World Health Organization. (2008b). *Integrating mental health into primary care. A global perspective*. Genève: WHO.
- Young, R., Lennie, S. & Minnis, H. (2011). Children's perceptions of parental emotional neglect and control and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 889-897.
- Zwaanswijk, M. (2005). *Pathways to care: Help-seeking for child and adolescent mental health problems*. Utrecht: Netherlands Institute for Health and Services Research. Disponible en: <http://www.nivel.nl>
- Zwaanswijk, M., van Dijk, C.E. & Verheij, R.A. (2011). Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. *BioMedCentral Family Practice*, 12, 133-144.
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., Ende, J. van der & Verhulst, F.C. (2003) Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(4), (153-161).

“Lo que sabemos es una gota de agua; lo que ignoramos es el océano”

Isaac Newton (1642-1727) Matemático y físico británico

