

La frecuencia de los trastornos mentales en los niños escolares de primer grado de primaria

Humberto Rico*
Carlos Magis**
Ma. Guadalupe Guerrero*
Mario Gómez***
Claudia T. Ruiz*
Olga Vargas*
Jarumy S. Silva**

Summary

The present paper reports a research in 41 official elementary schools in Mexico City, in which the Reporting Questionnaire for Children (RQC) was applied to a sample of 1202 parents of first grade children. Age average was 6.8 years old, 49 % males and 51 % females, with 80 % of the children living with both parents. The prevalence of mental disorders was 13.4 %. Children over seven years of age had more probabilities of being a case than the younger ones (odds ratio (OR) 2.51, with a 95 % of confidence interval (CI) range 1-53-4.0). There was a slightly higher prominent frequency of mental disorders in boys than in girls, although it wasn't significant. Analyzing the marital status of their parents, the absence of one them increased the vulnerability with an OR of 1.95 (CI = 1.26-3.02), affecting more the children between five and seven years old OR 2.03 (CI 1.5-3.60). In relation to birth sequence, between the first and third child member of the family accomplished 11.4 % of the cases when compared between the fourth and thirtieth child member, in which increased to 20.1 % (OR 1.96, CI 1.30-2.94). RQC demonstrated to be useful instrument, easy to apply by non clinical personnel for the detection of children with early manifestations of mental health problems.

Key words: Mental disorders, frequency, children.

Resumen

Para estimar la frecuencia con la que se presentan trastornos mentales en los niños se aplicó el *Reporting Questionnaire for Children* (RQC) en 41 escuelas primarias oficiales de la Ciudad de México, a una muestra de 1.202 padres de niños de primer grado. El promedio de edad de los niños fue de 6.8 años, 80 % vivía con ambos padres, 49 % pertenecía al sexo masculino y 51 % al femenino. Los resultados muestran una prevalencia de 13.4 % utilizando el punto de corte en tres

reactivos positivos o más; los niños mayores de siete años tienen más probabilidades de presentar trastornos mentales en comparación con los de 5 a 7 años (RP 2.51, IC 95 %, 1.53-4.0). En cuanto a las diferencias entre uno y otro sexo se observa una frecuencia ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres, aunque este incremento no es significativo. Al analizar el estado civil de los padres se advierte que los niños son más vulnerables cuando no cuentan con la presencia de ambos progenitores (RP 1.95, IC 95 %, 1.26-3.02); esta situación familiar afecta en mayor medida a los niños de 5 a 7 años (RP 2.03, IC 95 %, 1.5-3.60) que a los mayores de 8 años, pues en estos últimos se obtuvo una razón de 1.10 con límites del intervalo de confianza y una "p" no significativa. La relación entre la frecuencia de "caso" y el lugar que ocupan entre los hermanos por su nacimiento, muestra que, de los niños que ocupan del primero al tercer lugar, el 11.4 % son "casos"; este porcentaje se eleva al 20.1 % cuando el niño ocupa entre el cuarto y decimotercer lugar (RP 1.96, IC 95 %, 1.30-2.94) El RQC demostró ser un instrumento útil, fácil de aplicar por personal no clínico para detectar a los niños con manifestaciones tempranas de problemas de salud mental.

Palabras clave: Trastornos mentales, frecuencia, niños.

Introducción

Desde 1970, la creación de instrumentos de detección y diagnóstico de casos psiquiátricos infantiles, tales como el *Child Behavior Checklist* (CBCL) (2,3), la *Global Assessment Scale for Children* (CGAS) (2,19), el *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) (8), y el *Reporting Questionnaire for Children* (RQC) (9,10,14) ha permitido que el campo de la salud mental infantil cuente con datos más confiables sobre la magnitud del problema.

En un estudio realizado en Estados Unidos entre 1984 y 1985, en donde se utilizó el CBCL y el DISC en 789 niños de 7 a 11 años, se encontró una prevalencia de 11.8 %, cuando el informante era el adulto, y de 13.8 % cuando el informante era el propio niño (8). Entre 1985 y 1986, Puerto Rico reportó una prevalencia de 15.8 % a 17.9 % en los niños de 1 a 16 años diagnos-

* Centro Comunitario de Salud Mental. Calle Dr. Enrique González Martínez, No. 131, Santa María la Rivera, México D.F.

** Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. Calzada de Tlalpan No. 4585, 2° piso, Toriello Guerra, México D.F.

*** Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco No. 101, San Lorenzo Huipulco, México D.F.

ticados por medio del CBCL y del DSM III. Los hallazgos señalan que aproximadamente 150,000 de los niños de esa edad, de la población total, pueden considerarse que tienen trastornos y deterioro funcional (3).

En México, la validez del RQC ha sido objeto de estudio en la población infantil mexicana. Los datos al respecto indican que éste es un instrumento que cuenta con capacidad para captar la psicopatología entre la población infantil no psiquiátrica, con una buena sensibilidad y especificidad, así como una clasificación errónea aceptable (5,10). Así mismo, ha sido ampliamente utilizado para obtener datos sobre la prevalencia de casos psiquiátricos infantiles en nuestro país (4-7).

Así, en 1988 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) en la que se aplicó el RQC a una submuestra de niños de 3 a 12 años de edad. Los datos mostraron una prevalencia de 15.6 % con uno o más reactivos y de 14.5 % con dos o más reactivos (4). En 1993 se aplicó el RQC a 198 niños de 6 a 14 años de edad de dos escuelas públicas, un centro de salud y un centro comunitario de salud mental del Distrito Federal; en esa ocasión la prevalencia fue de 40.4 % (10).

La investigación sobre prevalencia ha tomado tal camino que se ha logrado identificar la existencia o no de diferencias por género y edad.

En 1986, 24 centros de salud de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México reportaron el predominio de varones entre los pacientes en edad infantil (5 a 15 años) (12). Otro estudio en centros de salud en un hospital psiquiátrico infantil, analizó las frecuencias de diagnósticos de niños de 2 a 18 años. Los datos revelaron que los trastornos de atención con o sin hiperquinesia, ocupaban la mayor frecuencia, particularmente en los hombres (16). En contraste, los datos obtenidos en el marco de las actividades de la ENSM de 1988, sólo reportaron diferencias significativas al utilizar el punto de corte de uno o más reactivos positivos en el RQC y a expensas del grupo de 6 a 9 años, ya que en el grupo de 10 a 12 años no se encontraron diferencias (7).

En cuanto a la edad, un estudio realizado en Etiopía encontró rangos de prevalencia de 3 % a 4 % en niños de 0 a 9 años y de 6 % a 10 % en niños de 10 a 19 años; mientras que en Sudán de 1,716 niños de 3 a 15 años, el 20 % mostró síntomas moderados y el 8 % manifestó síntomas tan graves que se justificaba un tratamiento inmediato. En ambos estudios se observó que los rangos de prevalencia se incrementaban de acuerdo con el tiempo de vida.

En 1993, Caraveo reportó que entre los menores de edad escolar hay una proporción similar en la mayoría de los aspectos investigados por el RQC, aunque se observan algunas diferencias en los ataques convulsivos, mismos que se elevan entre los 10 y los 12 años. Así mismo, conforme aumenta la edad roban más y se fugan más de su casa. También resaltó un ligero incremento en la frecuencia de los reactivos "lentitud para aprender" y "enuresis", entre los niños de 10 a 12 años en comparación con los de 7 a 8 años (4).

La bibliografía al respecto ha reportado que los trastornos afectivos son poco comunes a temprana edad y se presentan más en etapas posteriores (20). Así mismo, los trastornos relacionados con el aprendizaje se

perciben más fácilmente una vez que el niño se enfrenta a los requerimientos escolares.

En lo referente al tipo de trastornos más frecuentes, los estudios en Etiopía y Sudán indicaron: la epilepsia combinada con trastornos conductuales, las reacciones psiconeuróticas, las psicosis, los trastornos psicósomáticos, los trastornos conductuales, el retardo mental, los disturbios emocionales y psicomotores, y los trastornos en la conducta social (9).

En México, la información relativa a la demanda de servicios de salud muestra que en 11 hospitales psiquiátricos de la SSA, de 1973 a 1978 los trastornos de la conducta en la infancia fueron de 3.5 % en los varones y 2.3 % en las niñas. En 1975, el ISSSTE reportó 3.1 % del mismo tipo de trastornos y 1.4 % de enuresis (4). En 1986, la SSA informó que 24 % de los trastornos de la conducta en la infancia correspondían a los niños, y el 13.5 % a las niñas, y que los síntomas especiales, entre los que se encuentran los trastornos del aprendizaje, se habían presentado en 18 % de los niños y en 13 % de las niñas. Los niños de 5 a 9 años presentaron con mayor frecuencia trastornos de la conducta (34.1 %), transitorios de inadaptación (13.6 %), asociados con afecciones cerebrales (8.3 %) y retardo mental (8.2 %); mientras que las mujeres de esa edad presentaron trastornos de la conducta (30%), transitorios de inadaptación (13.5 %), retardo mental (4.6 %) y neurosis (3.2 %) (12). En ese mismo año, la frecuencia de este diagnóstico en algunos centros de salud y en un hospital psiquiátrico infantil reportaron la predominancia de los trastornos de atención con o sin hiperquinesia (16).

Los estudios de 1988 muestran que, de acuerdo con la frecuencia de respuestas positivas en el RQC, de los menores en edad escolar, los aspectos conductuales de mayor prevalencia fueron: miedoso-nervioso, lentitud para aprender y lenguaje anormal. Se observó un predominio significativo de trastornos por déficit de atención, trastornos de la conducta y lentitud en el aprendizaje, especialmente en los varones de 9 a 12 años (4-7).

De lo anterior se deduce que los niños de épocas más recientes tienden a presentar trastornos que afectan el proceso de aprendizaje, tales como el déficit de atención. Así mismo, cabe señalar que los trastornos relativos a la conducta y a los estados emocionales afectan, de manera directa o indirecta, el correcto aprendizaje.

En este sentido cabe señalar que algunos estudios muestran que el trastorno que se atribuya al niño y su grado de afectación dependerá de quién lo refiera. En un estudio en donde se analizaron las respuestas de los padres y del niño, los rangos de prevalencia variaron dependiendo del informante: los padres reportaron más problemas conductuales y los niños más problemas emocionales (8).

En cuanto a los factores de riesgo, aun cuando se ha reconocido la influencia de aquellos de tipo genético (5), socioeconómico (3,4,8) y cultural (3,9,20,) recientemente se ha dado mayor importancia a los factores ambientales tales como la interacción familiar (3,5, 8,11,17,20).

Desde esta perspectiva se considera que la disfuncionalidad familiar es una de las principales condicio-

nes asociadas a la presencia de patologías en el niño (5). Por ejemplo, se ha demostrado que el período de transición familiar que sigue al divorcio (desequilibrio y reorganización) exacerba los problemas en los niños; no obstante, a los dos años mejoran. Este tipo de niños muestra menos disturbios y tiende a equilibrarse más, que los niños que permanecen en hogares donde hay conflicto marital, aunque no haya divorcio. Así, se dice que la clave está en la relación interpersonal más que en la separación, y que hay una clara relación entre la discordancia familiar y la falta de armonía, como factores de riesgo, especialmente respecto a los trastornos de la conducta (20).

En este sentido, se ha reportado que la relación entre el conflicto marital y la conducta antisocial de los hijos es más fuerte cuando el conflicto es evidente, que cuando es encubierto, o cuando el matrimonio se caracteriza por la apatía. Un estudio longitudinal mostró que los niños de 3 años se correlacionaban significativamente con la categoría de "adulto mal adaptado" cuando llegaban a la edad de 18 a 22 años (1).

Al estudiar a los hijos de familias en las que uno o ambos padres habían estado bajo tratamiento psiquiátrico, se encontró que cuando el matrimonio se catalogaba como "bueno" ningún niño mostraba conducta antisocial; en contraste con el 22 % cuando se catalogaba el matrimonio como "adecuado" y el 39 % cuando se consideraba "muy inadecuado". Así mismo, se indicó que la relación entre el conflicto marital y la conducta antisocial del hijo, está fuertemente afectada por la relación que éste mantenga con uno o ambos padres: cuando el matrimonio se consideraba "muy inadecuado" y el hijo tenía una buena relación con uno o ambos padres, el 38 % de ellos era antisocial; cuando el hijo tenía una mala relación con ambos padres y la relación marital era catalogada como "muy inadecuada", casi el 90 % de los hijos demostró ser antisocial.

De manera más específica, son varios los autores que ponen el énfasis en la influencia de la madre en el desarrollo de los trastornos psiquiátricos de sus hijos (1,8,11,15,20), mientras que sólo algunos lo ponen en la influencia del padre. Pero la evidencia muestra que el comportamiento de éste, en contraste con el de la madre, influye más sobre el desarrollo emocional de sus hijos(as), ya que la conducta desadaptada de éstos parece relacionarse más con el rechazo del padre que con el de la madre (18). Diversos estudios corroboran la importancia del padre en la salud mental de sus hijos, comparando a las familias cuyo padre está ausente, con las familias intactas; la mayoría sugiere que hay diferencias significativas que indican que la presencia del padre favorece el desarrollo moral, intelectual y de la autoestima, la adaptación social y el ajuste emocional de sus hijos(as) (17,18). De hecho, se ha encontrado que en las familias en las que hay algún caso psiquiátrico, el padre se percibe como ausente la mayor parte del tiempo, y cuando se presenta, viene cargado de conflictos: golpea, se embriaga, se aísla, tiene problemas emocionales, de conducta, y con la policía (17).

Dentro de la misma línea de investigación, algunos autores han destacado la influencia que tiene la psicopatología de ambos padres (1,5,8,15,20), tales como la esquizofrenia (1,15), la depresión (5,6,20) y el

alcoholismo (4,5), como un factor de riesgo para los hijos. Los datos al respecto señalan que los trastornos psiquiátricos de los padres afectan tanto el área cognoscitiva del niño como la emocional.

Por este motivo se ha insistido en la necesidad de retomar un enfoque sistémico familiar (5,6,18) en beneficio de una atención adecuada y oportuna a los trastornos psiquiátricos infantiles; no obstante, se considera que este tipo de perspectiva teórica también debe incorporarse en los estudios cuyo fin sea detectar la magnitud de esta problemática.

Método

Este estudio se llevó a cabo en la Delegación Política Cuauhtémoc de la Ciudad de México, durante los meses de mayo y junio del ciclo escolar 1991-1992. Según el censo poblacional de 1990, esta delegación cuenta con 539,482 habitantes, que representan 6.36 % de la población total del Distrito Federal. El 15.5 % de los residentes de dicha delegación tiene entre 5 y 14 años de edad; de éstos 95.3 % asiste a la escuela.

En esta delegación hay 179 escuelas primarias de la Secretaría de Educación Pública, con una matrícula de 56,220 niños, de los cuales 16 % (9,065) cursa el primer grado escolar.

Sujetos

Se utilizó un muestreo por conveniencia dividido en dos etapas:

1. Se seleccionaron 41 escuelas primarias públicas, con una población total de 2,311 niños inscritos en el primer grado; los criterios de selección fueron la disponibilidad administrativa y la accesibilidad geográfica.
2. Se convocó a los padres de familia de las escuelas seleccionadas para discutir los aspectos escolares y de la salud mental de sus hijos; 52 % de los padres acudió a la cita y 90 % de éstos aceptó contestar el instrumento de medición seleccionado.

De esta forma, la muestra quedó integrada por 1,202 niños de ambos sexos.

Instrumento

El Cuestionario de Reporte para Niños (*RQC = Reporting Questionnaire for Children*) es un instrumento autoaplicable elaborado para que lo contesten los padres o adultos que tengan una relación importante con el menor. Su diseño permite emplearlo en los estudios epidemiológicos de la comunidad con la finalidad de detectar los problemas mentales, emocionales o conductuales relacionados con los padecimientos psiquiátricos de los niños. El cuestionario, integrado por diez reactivos, fue elaborado para un programa colaborativo de la OMS en países en desarrollo (14). Posteriormente fue validado y estandarizado para la población urbana de la Ciudad de México, en donde se determinó que con un punto de corte de 0/1 se obtenía una alta sensi-

bilidad (87.2 %) y una buena especificidad (73.9 %), pero con una tasa errónea moderada, la cual mejoró al modificar la puntuación de corte a 2 reactivos positivos para considerar a alguien como "caso" (10). Uno de los investigadores (Rico) observó que al incrementar el corte a 3, la posibilidad de falsos negativos llegaba prácticamente a "0", lo cual es bastante útil para enviar los "casos" a los centros de salud, disminuyendo así la saturación de los servicios médicos.* En el instrumento se incluyeron variables sociodemográficas para identificar y confirmar los grupos en riesgo.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en las siguientes cinco etapas:

1. **Formación del equipo de trabajo.** Este se integró con médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales que participaban en el Programa General de Salud del Niño Escolar.
2. **Capacitación.** Se capacitó al equipo de trabajo en tres sesiones para aplicar el instrumento, recibir las instrucciones para manejar a los padres de familia y para escoger las instancias escolares a las cuales acudir.
3. **Visitas a escuelas.** Mediante una visita a las escuelas seleccionadas se sensibilizó a los directores y maestros sobre la importancia de detectar los trastornos mentales de la población escolar infantil; así mismo, se fijaron la fecha y las condiciones en que se aplicaría el instrumento. Cabe aclarar que debido a que la experiencia muestra que la asistencia de los padres de familia a las juntas escolares es del 40 al 50 %, se consideró más adecuado citarlos en las fechas programadas para evaluar el rendimiento escolar de sus hijos ("firma de boletas"), y aun así, sólo se logró integrar grupos de menos de 30 padres.

* Conferencia "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños escolares de primer grado" presentada en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, A.C. el 9 de diciembre de 1992, en la Cd. de México.

4. **Aplicación del instrumento.** Se explicó a los padres de familia el motivo de la reunión y se les invitó a participar voluntariamente en un programa de salud mental. De esta forma, se integraron los grupos de padres de familia a quienes se les distribuyó el instrumento mientras un integrante del equipo les explicaba cómo llenarlo y les aclaraba sus dudas; el resto del equipo ayudó a detectar los problemas que tuvieran para contestar el RQC, tales como no comprender las preguntas o no saber leer ni escribir. Cuando éste era el caso, el instrumento se aplicaba de manera individual.
5. **Referencia oportuna y análisis de datos.** Cuando al término de la aplicación el niño obtenía tres o más reactivos positivos, se le enviaba al Servicio de Salud Mental más cercano a su domicilio y se le consideraba como "caso de referencia". Este punto de corte dependió de la capacidad de atención con que cuentan los Servicios de Salud Mental. Para el manejo estadístico de los datos se utilizó el programa EPI-INFO versión 5.0

Resultados

Se dan datos de 1.202 cuestionarios de niños de primer grado de 41 escuelas primarias oficiales de la delegación Cuauhtémoc del Distrito Federal. Del total de la muestra, 49 % pertenece al sexo masculino y 51 % al femenino. El 91 % tiene entre 5 y 7 años con una edad promedio de 6.8 años, la cual es la indicada para ese grado escolar. En cuanto a la frecuencia con la que ocupan un determinado lugar entre sus hermanos, por su nacimiento, el 81 % ocupa del primero al tercer lugar, y el resto se ubica entre el cuarto y decimotercer lugar por su nacimiento. El 80 % de los casos son hijos de padres casados o en unión libre, el 20 % restante son hijos de padres solteros, viudos, separados o divorciados (cuadro 1).

La población detectada con uno o más reactivos positivos fue de 52.57 %; con dos o más descendió al 28.2 %, y con tres o más a 13.4 %. En adelante se ana-

CUADRO 1
Características sociodemográficas de la población de estudio
N = 1202

	N	%
Sexo		
Masculino	586	49
Femenino	607	51
Edad:		
De 5 a 7	1083	91
De 6 en adelante	109	9
Lugar entre los hermanos por el orden de su nacimiento		
Del 1° al 3°	923	81
Del 4° al 13°	218	19
Estado civil de los padres:		
Casados/unión libre	790	80
Solteros	49	5
Divorciados/Separados	103	10
Viudos	49	5

CUADRO 2
Frecuencia según reactivos positivos

No. de reactivo	Contenido del reactivo	Hombres		Mujeres		Total	%
		No.	%	No.	%		
7	Es medioso o nervioso	146	53.1	129	46.9	275	23.0
9	Casi no juega	113	52.8	101	47.2	214	17.9
8	Tiene problemas de aprendizaje	100	49.5	102	50.5	202	16.8
1	Tiene problemas de lenguaje	90	53.3	79	46.7	169	14.1
2	Duerme mal	51	46.8	58	53.2	109	9.1
10	Se orina o defeca	59	64.1	33	35.9	92	7.7
4	Sufre de dolores de cabeza	43	48.3	46	51.7	89	7.4
6	Roba cosas	24	53.3	21	46.7	45	3.7
5	Se fuga del hogar	15	55.6	12	44.4	27	2.2
3	Ha tenido ataques	10	41.7	14	58.3	24	2.0

lizarán los resultados de esta última población, denominada "caso de referencia", a la cual se le llamará simplemente "caso".

Los reactivos positivos presentados con mayor frecuencia fueron la apreciación por parte de los padres de que el niño era nervioso o medioso (23 %), que casi no jugaba (17.9 %) y que tenía problemas de aprendizaje (16.8 %). En último lugar aparecen las "fugas del hogar" (2.2 %) y "ha tenido ataques" (2 %). No se encontraron diferencias entre uno y otro género, salvo en la afirmación "se orina o defeca", que apareció en 64.1 % de los niños (RP 1.95, IC 95 %, 1.22-3.12) (cuadro 2).

En cuanto a las diferencias por edad, se indicó que 12.1 % de los niños de 5 a 7 años se consideraron como "casos", en contraste con 25.7 % de los de 8 a 12 años (RP 2.51, IC 95 %, 1.53-4.10); esto indica que los niños cuya edad no es la indicada para el grado que cursan, tienen más probabilidades de presentar problemas. En relación al género, el 53.4 % de los "casos" fue del sexo masculino y el 46.6 % del femenino; no obstante, no se observó ninguna diferencia significativa.

De acuerdo con el estado civil de los padres, de los

hijos de padres casados o en unión libre, 11.0 % fueron "casos"; en los hijos de padres separados el porcentaje se elevó a 19.5 % (RP 1.95, IC 95 %, 1.26-3.02).

Al analizar la relación entre la edad y el estado civil de los padres, se observó que de los niños de 5 a 7 años con padres unidos, 9.6 % es "caso"; en contraste, los hijos de padres separados, considerados como "casos", representan 19.3 % (RP 2.26, IC 95 %, 1.40-3.64). En el grupo de 8 a 12 años, 29.3 % (RP 2.26, IC 95 %, 1.40-3.64). En el grupo de 8 a 12 años, 29.3 % de los hijos de padres unidos fueron "casos", mientras que en tres los niños con padres separados el porcentaje disminuyó a 20.8 %; a pesar de que en este grupo etario, el porcentaje de casos se incrementa, no parece relacionarse con el estado civil de los padres.

Respecto al lugar que ocupan por el orden en que nacieron, del grupo conformado por niños que ocupan entre el primero y el tercer lugar, el 11.4 % son "casos"; este porcentaje se eleva a 20.1 % en el grupo de los niños que ocupan entre el cuarto y el decimotercer lugar por su nacimiento (RP 1.96, IC 95 %, 1.30-2.94) (cuadro 3).

CUADRO 3
Frecuencia de casos según variables sociodemográficas

	Casos		No casos		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	86	14.7	500	85.3	586	100
Femenino	75	12.4	532	87.6	607	100
Edad:						
De 5 a 7	131	12.1	952	87.9	1083	100
De 8 en adelante	28	25.7	81	74.3	109	100
Lugar que ocupa entre sus hermanos por el orden de su nacimiento						
Del 1° al 3°	105	11.4	818	88.6	923	100
Del 4° al 13°	44	20.1	175	79.9	219	100
Estado civil de los padres:						
Casados/Unión libre	87	11.0	702	89.0	789	100
Solteros/Divorciados	39	19.5	161	80.5	200	100

Discusión

El RQC es un instrumento de tamizaje probado exitosamente a nivel nacional e internacional. A pesar de que con el punto de corte en tres o más reactivos positivos se logró una especificidad del 100 %, la sensibilidad fue baja; sin embargo, para los fines de detección gruesa, y considerando la capacidad de respuesta, el instrumento resultó adecuado para las necesidades de esta investigación.

Cabe señalar que los resultados encontrados sólo deben considerarse como representativos de la población estudiada ya que la muestra no fue aleatoria y las escuelas seleccionadas fueron primarias ubicadas en zonas de escasos recursos socioeconómicos, aunque no marginales. Así mismo, la aplicación del RQC se llevó a cabo con sólo 52 % de los padres, que fueron los que asistieron a la cita. Se desconocen los motivos reales por los que los demás no asistieron, pero pudiera deberse a que no tienen problemas con sus hijos o a falta de interés, lo cual representa un sesgo no definido para este estudio.

A los autores de la presente investigación les llama la atención tal inasistencia, por lo que en el futuro harán un estudio comparativo entre los hijos de los padres que no respondieron a la convocatoria y los hijos de aquellos que sí asistieron.

Por otro lado, en lo relativo a los datos sobre las diferencias entre uno y otro sexo, los resultados no revelan diferencias significativas; en contraste, en otros estudios sí se mencionan diferencias al utilizar el punto de corte de uno o más reactivos positivos en el RQC, en los niños de 6 a 9 años (7), o bien el predominio de "casos" del sexo masculino (12,13,16).

Al igual que en otros trabajos (9,20), en esta investigación se observa que los niños de mayor edad, específicamente los de 8 a 12 años, tienen más probabilidades de ser "casos". Esto es lógico si se toma en cuenta que dicho grupo etario, al no estar en el grado escolar que le corresponde por su edad cronológica, suele reprobado o presentar problemas familiares, de lenguaje o de conducta.

En relación con esto, los datos obtenidos muestran un número considerable de problemas de aprendizaje; este tipo de resultados también se ha indicado en estudios similares a éste (4,7), lo cual sugiere la necesidad de detectarlos oportunamente en el ambiente escolar con el fin de enviar al alumno a aquellas instancias en donde pueda obtener un tratamiento adecuado y oportuno. El análisis sobre los factores de riesgo corrobora lo citado por diferentes autores (3,5,8,11,17,20) en cuanto a la influencia del ambiente familiar. En la presente investigación se indagó específicamente el estado civil de los padres y el lugar que ocupaban los niños entre sus hermanos por el orden de su nacimiento.

Respecto al primer factor, los datos muestran que hay una asociación 1.95 veces mayor entre los niños

de padres separados que entre los niños de padres unidos; se advierte que el riesgo de padres separados que entre los niños de padres unidos; se advierte que el riesgo es 2.26 veces mayor en los niños de 5 a 7 años que en los de 8 a 12 años, quienes no presentaron tal asociación. En lo relativo al lugar que ocupan entre sus hermanos por el orden de su nacimiento, en los niños que ocupan del cuatro al decimotercer lugar, el riesgo de ser "caso" es 1.96 veces mayor que en los que ocupan entre el primer y el tercer lugar.

Un dato interesante es que 17.3 % de los padres unidos y 18.3 % de los padres separados, tienen cuatro o más hijos, lo que sugiere que el último tipo de padres tiene más probabilidades de tener hijos con problemas de salud mental.

Al respecto cabe señalar lo mencionado por Souza y Machorro y Escotto-Morett (20): *el período de transición familiar que sigue al divorcio (desequilibrio y reorganización) exagera los problemas en los niños; no obstante, a los dos años muestran una mejoría. Este tipo de niños muestra menos disturbios y tienden a equilibrarse más, que los niños que permanecen en hogares donde continúa el conflicto marital, aunque no haya divorcio. Así, se dice que la clave está en la relación interpersonal más que en la separación y que existe una clara relación entre la discordancia familiar y la falta de armonía, como factores de riesgo...*

Conclusión

Los estudios de prevalencia resultan de vital importancia como antecedentes del diseño de estrategias nacionales que puedan hacer frente a los problemas de salud mental, fundamentalmente si estas detecciones se llevan a cabo en etapas tempranas en la población infantil.

Los resultados de esta investigación sugieren que en dicho tipo de detecciones se deben incorporar instrumentos que indaguen de forma más específica el tipo de convivencia que se desarrolla en el seno familiar del niño, desde los conflictos maritales hasta el trato diferenciado que los padres les dan a sus hijos, dependiendo del lugar que ocupen entre sus hermanos por el orden de su nacimiento. Así mismo, es necesaria la participación del profesor ya que es precisamente en el ambiente escolar en donde se manifiestan más abiertamente los problemas de salud de los niños, ya sea como problemas de aprendizaje o como alteraciones conductuales y emocionales.

Desde esta perspectiva, se considera idóneo detectarlos oportunamente para darles el tratamiento correspondiente desde un enfoque sistémico, en el cual se concibe al individuo como un sistema que, a su vez, está influido por otros sistemas, como el escolar.

REFERENCIAS

1. BARCLAY M: Developmental perspectives family theory and psychopathology. En: Jacobs T (ed). *Family Interaction and Psychopathology. Theories, Methods and Findings*, Plenum USA, 1987.
2. BIRD HR, CANINOS G, RUBIO-STIPEC M, RIBERA JC: Futher measures of the psychometric properties of the children's global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry*, 44:821-824, 1987

3. BIRD HR, CANINO G, RUBIO-STIPEC M, GOULD MS, RIBERA J, SESMAN M, WOODBURY M, HUERTAS-GOLDMAN S, PAGAN A, SANCHEZ-LACAY A, MOSCO SO M: Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1120-1126, 1988.
4. CARAVEO J, MEDINA-MORA ME, TAPIA R, RASCON ML, GOMEZ M, VILLATORO J: Trastornos psiquiátricos en niños de la República Mexicana Resultados de una encuesta en hogares. *Psiquiatría*, 3:137-151, 1993.
5. CARAVEO J, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, RASCON ML: La depresión como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17(2):56-60, 1994.
6. CARAVEO J, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, RASCON ML, MARTINEZ-VELEZ NA: El consumo de alcohol en adultos como factor de riesgo asociado con trastornos psíquicos en los niños. *Salud Mental*, 18(2):18-24, 1995.
7. CARAVEO J, MEDINA-MORA ME, VILLATORO J, LÓPEZ-LUGO EK, MARTÍNEZ-VELEZ A: Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Pública de México*, 37(5):445-451, 1995.
8. COSTELLO EJ, COSTELLO AJ, CRAIG E, BURNS BJ, DULCAN MK, BRENT D, JANISZEWSKI S: Psychiatric Disorders in pediatric primary care. *Arch Gen Psychiatry*, 45:1107-1116, 1988.
9. GIEL R, DE ARANGO MV, CLIMENT CE, HARDING TW, IBRAHIM HHA, LADRIDO-IGNACIO L, SRINIVASA-MURTHY R, SALAZAR MC, WIG NN, YOUNIS YOA: Childhood mental disorders in primary health care: Results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, 68(5):677-683, 1981.
10. GOMEZ-ESPINOSA M, RICO DIAZ H, CARAVEO-ANDUAGA J, GUERRERO-CANSINO G: Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1993.
11. GUNDERSON JG, KERR J, WOODS-ENGLUND D: The Families of Borderlines. *Arch Gen Psychiatry*, 37:27-33, 1980.
12. GUTIERREZ AHJ, BARILAR RE: Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. *Bol of Sanit Panam*, 10(6):648-658, 1986.
13. GUTIERREZ AJ, TOVAR AH: La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. *Salud Pública de México*, 26(5):464-483, 1984.
14. HARDING TW, CLIMENT CE, DIOP MB, IBRAHIM HHA, SRINIVASA MURTHY R, SULEIMAN MA, WING NN: The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, II: The development of new research methods. *Am J Psychiatry*, 140(1):1474-1480, 1983.
15. MACCRIMMON DJ, CLEGHORN JM, ASARNOW RF, STEFFY RA: Children at risk for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 37:671-674, 1980.
16. MACIAS-VALDEZ TG, VERDUZCO MA: Análisis de las características de un grupo de niños con trastornos por déficit de atención. *Salud Mental*, 28(3):292-299, 1986.
17. RUIZ-VELASCO VM, CORTES JF, POULAT ML: Características estructurales y funcionales de las familias con un adolescente deprimido. *Psiquiatría*, 3:174-196, 1993.
18. SANCHEZ-SOSA JJ, HERNANDEZ-GUZMAN L: La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1):27-34, 1992.
19. SHAFFER D, GOULD MS, BRASIC J, AMBROSINI P, FISHER P, BIRD H, ALUWAHLIA S: A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry*, 40:1228-1231, 1983.
20. SOUZA, MACHORRO M, ESCOTTO-MORETT J: Controversias en torno a la privación afectiva en la infancia. Sus causas, efectos y prevención. *Salud Mental*, 8(1):39-50, 1985.