

Salud mental infantil: una prioridad a considerar

Jorge Javier Caraveo-Anduaga, Psiq, DSP,⁽¹⁾ Nora Angélica Martínez-Vélez, C Soc.⁽¹⁾

Caraveo-Anduaga JJ, Martínez-Vélez NA.
Salud mental infantil: una prioridad a considerar.
Salud Publica Mex. 2019;61:514-523.
<https://doi.org/10.21149/9727>

Caraveo-Anduaga JJ, Martínez-Vélez NA.
Children's mental health: a priority to consider.
Salud Publica Mex. 2019;61:514-523.
<https://doi.org/10.21149/9727>

Resumen

Objetivo. Identificar posibles cambios en la frecuencia de manifestaciones sindrómicas sugerentes de problemas de salud mental en población infantil mexicana empleando el Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD), a lo largo de 15 años. **Material y métodos.** Se analiza información de diferentes estudios en población general, escuelas y práctica médica. La estimación obtenida en la Ciudad de México fue utilizada como población de referencia para comparación. **Resultados.** Se apreciaron incrementos notables respecto a la prevalencia de síndromes como el déficit de atención e hiperactividad, y conducta oposicionista y explosiva, así como manifestaciones de ansiedad y depresivas. Estas últimas resultaron más frecuentes en la edad escolar tardía. Las alteraciones en el lenguaje y la epilepsia también mostraron incremento en diferentes grupos de edad. **Conclusiones.** Se discuten los hallazgos a la luz de estudios longitudinales en la literatura, así como de reportes de población adolescente en nuestro país.

Palabras clave: infancia; trastornos de conducta; TDAH; interiorización; exteriorización; prevalencia

Abstract

Objective. To identify possible changes in the frequency of psychopathological syndromes in Mexican children population over a 15-year period using the Brief Screening and Diagnostic Questionnaire (CBTD in Spanish). **Materials and methods.** Information gathered from different studies on the general population, schools and medical general practice are analyzed. Results from the Mexico City study were used as base rates for comparisons. **Results.** Higher prevalence of externalizing syndromes such as attention deficit and hyperactivity, oppositional and explosive conduct were very evident. Also, anxiety and depressive syndromes showed a notable increase. Prevalence of abnormal language and probable epilepsy were also increased on different age-groups. **Conclusions.** Findings are discussed in light of longitudinal reports in the literature as well as on reports in adolescent population in Mexico.

Keywords: child; behavior disorders; ADHD; internalizing; externalizing; prevalence

(1) Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 10 de mayo de 2018 • **Fecha de aceptado:** 29 de octubre de 2018
Autor de correspondencia: Dr. Jorge Javier Caraveo Anduaga. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco. 14370 Tlalpan, Ciudad de México.
Correo electrónico: caraveoj@imp.edu.mx

El estudio epidemiológico de problemas de salud mental en la población infantil de México inició en 1988, dentro de la primera Encuesta Nacional de Adicciones, en la que se estimó que había 16% de probables casos, la mitad de los cuales podrían considerarse graves.¹ En 1995, un estudio en población de la Ciudad de México mostró resultados similares:^{2,3}

1. Más de la mitad de los padres de menores con mayor probabilidad de cursar con un problema de salud mental no consideraron la necesidad de ayuda y sólo 13% la buscó. Los síntomas asociados con la búsqueda de ayuda en su mayoría fueron los mismos que para la percepción de la misma: nervioso, miedoso, enuresis, aislado, irritable, en baba, mirando al vacío, ataques, convulsiones. En el segundo caso además se agregaron: lenguaje anormal, lento aprendizaje y mentiras frecuentes para búsqueda de ayuda. Los dos primeros parecen obedecer al requerimiento por parte de los maestros, y no a la percepción de los padres. Entre los síntomas más frecuentes se reportaron los síntomas clave para el trastorno de atención e hiperactividad; sin embargo, ninguno de ellos fue percibido como necesarios para su atención. En general, las manifestaciones sintomáticas de exteriorización no fueron percibidas como necesidades, lo que pudo devenir en otros problemas cuya manifestación de interiorización sí fue percibida.⁴
2. Al estimar el riesgo de morbilidad entre generaciones y su interacción, los resultados mostraron que la fuerza de asociación para presentar psicopatología es de dos a tres veces mayor cuando hay trastornos psiquiátricos en los padres. Los trastornos de ansiedad, solos o en comorbilidad con los de otro tipo, conllevan mayor riesgo y contribuyen a la presencia de psicopatología en los hijos. El riesgo familiar para que se presente psicopatología en la tercera generación es moderado si sólo existen antecedentes en los abuelos o en uno de los padres, pero se incrementa casi al doble si los hay en las dos generaciones precedentes.⁵ Además, las variables psicosociales mostraron una fracción atribuible poblacional muy considerable, incluso mayor que la de los antecedentes psiquiátricos familiares.⁶

Estos resultados sugieren que la salud mental de los infantes se ve influida por los antecedentes psicopatológicos familiares y la posible interacción, a través del tiempo, con las variables psicológicas y socioeconómicas identificadas. Al respecto, el análisis de los resultados de otros estudios en poblaciones rurales de nuestro país mostró que la comunidad con mayor adversidad

socioeconómica reportó más problemas de salud mental entre sus infantes y adolescentes.⁷⁻⁹

Con la finalidad de sentar las bases de un programa de vigilancia epidemiológica de salud mental de infantes y adolescentes, se verificaron tres diferentes estudios que son el propósito de análisis de la presente investigación, cuyos objetivos son:

1. Identificar posibles diferencias, a lo largo de 15 años, en la frecuencia de manifestaciones sindromáticas sugerentes de problemas de salud mental en la población infantil de un centro de salud y dos escuelas, en comparación con los resultados de un estudio poblacional de la Ciudad de México en 1995.
2. Identificar la posible variación en el desempeño psicosocial de los menores, los estilos de crianza utilizadas por los padres y la manera de solucionar conflictos en el hogar, en relación con la gravedad de las manifestaciones de problemas de salud mental en la población infantil de un centro de salud y dos escuelas, en comparación con los resultados de un estudio poblacional de la Ciudad de México en 1995.

Material y métodos

La información procede de cuatro diferentes estudios en los que se aplicó el Cuestionario Breve de Tamizaje Diagnóstico (CBTD) como instrumento de tamizaje para determinar la presencia de posibles problemas de salud mental en la población infantil y adolescente.^{10,11} Sin embargo, para los fines de este trabajo se incluyó solamente a los infantes de 4 a 12 años.

Poblaciones

Se trabajó con cuatro poblaciones diferentes: la primera se tomó de un estudio realizado en la Ciudad de México (1995), en el cual se utilizó un muestreo polietápico y estratificado de hogares (927). Los datos fueron proporcionados por adultos que reportaron tener hijos entre 4 y 16 años, y que vivían con ellos (383 padres y 544 madres). Se obtuvo información de 1 222 menores, de los cuales 16.3% tenía entre 4 y 5 años, 25.5% entre 6 y 8 años, 30.9% entre 9 y 12 años; la edad promedio fue de 9.7 años (d.e. 3.62).^{4,12}

La segunda proviene de un centro de salud (2005), donde se obtuvo una muestra de 846 niños y adolescentes de 4 a 16 años que acudieron de manera consecutiva a solicitar atención médica. Previo consentimiento informado, los acompañantes (740 madres, 30 padres y 76 otro familiar) respondieron a una entrevista acerca de los menores. Se obtuvo información de 672 infantes de 4 a 12 años.¹³

La tercera población proviene de un estudio realizado en una escuela primaria ubicada al Oriente de la Ciudad de México (2010). Se invitó a los padres de familia a participar voluntariamente en el estudio (116 madres; 17 padres y 63 otro familiar), con lo que se obtuvo información de un total de 191 alumnos de entre 6 y 12 años. Por último, se trabajó en una escuela primaria de varones del Estado de México (2008), donde se procedió de manera similar, con un total de 479 entrevistas (354 madres, 112 padres y 13 otro familiar), de las cuales 390 proveían información de niños entre 6 y 12 años.

Procedimiento

En los cuatro estudios se realizaron entrevistas cara a cara con los adultos (padres, madres o familiares de los menores) para obtener la información. En todos los casos, los entrevistadores (personal lego, profesores, psicólogos, enfermeras y médicos) fueron capacitados en el manejo de los instrumentos.

Instrumentos

- 1) El Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) es un instrumento de 27 preguntas que se responden como *presente* y *ausente*; permite identificar perfiles sindromáticos potencialmente relevantes tanto para la investigación epidemiológica como para la clínica.^{10,11} El cuestionario ha mostrado una consistencia interna de 0.81 con un rango de 0.75-0.85.^{2,3,10,13}
- 2) La Escala Breve de Deterioro (BIS en inglés)¹⁴ consta de 25 preguntas acerca de la presencia de problemas en: las relaciones interpersonales, el desempeño en escuela y trabajo, y las actitudes hacia sí mismo (desempeño funcional). Cada pregunta es respondida en una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0=nunca o ningún problema; 1=algunos problemas; 2=bastantes problemas; 3=serios problemas. En población mexicana la consistencia interna fue de 0.87.¹⁵
- 3) El Inventario de Prácticas de Crianza (IPC)¹⁶ es un cuestionario de 37 preguntas que exploran tipos de crianza y prácticas disciplinarias. Se identifican dos dimensiones: 1) reforzamientos positivos tales como aprobación, aceptación, motivación y acercamiento afectivo positivo; 2) prácticas poco sólidas o inconstantes, coercitivas y con un afecto negativo. Cada pregunta del IPC es respondida en una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0=nunca o casi nunca; 1=algunas veces; 2=frecuentemente, y 3=muy frecuentemente. La consistencia interna de este instrumento en la población del centro de salud mostró un alpha de Cronbach de 0.87.¹⁵

- 4) La escala de estilo predominante para la solución de conflictos en el hogar consta de siete reactivos tipo Likert, donde 0=nunca; 1=raramente; 2=a veces, y 3=siempre; fue desarrollada por Kessler en la Encuesta Nacional de Comorbilidad en los Estados Unidos (1994). En población mexicana se obtuvo un alpha de 0.98.¹⁵

Para responder al primer objetivo, se tomaron las prevalencias de los síndromes en el estudio de la Ciudad de México y se compararon con los obtenidos en el centro de salud y las dos escuelas. Para determinar si había diferencias estadísticamente significativas, se utilizó la prueba Z.¹⁷

Los síndromes se agruparon de acuerdo con el tipo de manifestaciones en:¹¹

- a) Síndromes de exteriorización: los relativos al trastorno por déficit de atención, a la conducta oposicionista, al trastorno de conducta y a la conducta explosiva como rasgo exacerbado.
- b) Síndromes de interiorización: los relativos a las manifestaciones de ansiedad y depresivas.
- c) Otros síndromes: se incluyeron los relativos a problemas de lenguaje, probables manifestaciones epilépticas, conducta explosiva con posible daño cerebral y enuresis.

Para el segundo objetivo se realizó una prueba Anova para comparar las medias de cada escala por número de síntomas del CBTD: 0 a 4=sin problema aparente; 5 a 8=caso no complicado; 9 o más síntomas=caso complicado, para cada población.

Resultados

En la primera parte de este apartado se presentan las prevalencias por tipos de síndromes y al final se presentan las diferencias de las escalas de acuerdo con el puntaje del CBTD.

- a) *Síndromes de exteriorización*: los síndromes sugestivos de un probable déficit de atención e hiperactividad, especialmente el tipo combinado (DAH-C), muestran prevalencias superiores a las encontradas en 1995 en todos los grupos edad. No obstante, se aprecian algunas diferencias en la magnitud de acuerdo con las poblaciones estudiadas y con el sexo. La conducta oposicionista (COD) fue reportada, para ambos sexos y grupos de edad, con notorio incremento respecto a los datos de 1995, salvo en la población de escolares tempranos en el Estado de México. El problema de conducta moderado y gra-

ve (PCg y PCm) mostró incremento principalmente entre los varones de seis años en adelante, salvo en la población de escolares en el Estado de México. La conducta explosiva como rasgo exacerbado (EXPLOP) muestra un incremento notorio tanto en niñas como en niños en prácticamente todos los grupos de edad (cuadro I).

- b) *Síndromes de interiorización*: los síndromes de ansiedad, tanto generalizada (ANSGEN) como con inhibición (ANINHB), muestran incrementos notables en todos los grupos de edad y de ambos sexos, salvo en la escuela del Estado de México. De los síndromes depresivos, la forma grave con

irritabilidad como síntoma cardinal (CDg1) muestra diferencias notorias respecto a la prevalencia de 1995, en los niños y niñas de todas las edades en el centro de salud, mientras que en las otras poblaciones se encuentran diferencias significativas solamente entre los varones de 9 a 12 años. El síndrome depresivo con dos síntomas cardinales (CDg2), tristeza e irritabilidad, es notoriamente más frecuente en los varones de 9 a 12 años en todas las poblaciones, y también entre los varones de 6 a 8 años en las poblaciones del centro de salud y en la escuela primaria de la Ciudad de México (cuadro II).

Cuadro I
COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROMES DE EXTERIORIZACIÓN EN INFANTES (1995-2010), POR SEXO Y EN DIFERENTES ESCENARIOS. CIUDAD DE MÉXICO

	Niñas			Niños			
	D.F. %	C. de Salud %	Esc. D.F. %	D.F. %	C. de Salud %	Esc. D.F. %	Esc. Edo. Mex. %
4 a 5 años	(n=134)	(n=87)	-	(n=141)	(n=88)	-	-
Déficit de atención e hiperactividad combinado	0.0	10.3	-	4.6	21.6*	-	-
Déficit de atención e hiperactividad inatento	0.0	4.6	-	0.8	1.1	-	-
Déficit de atención e hiperactividad inatento-leve	1.6	3.4‡	-	1.9	6.8	-	-
Déficit de atención e hiperactividad hiperactivo-impulsivo	4.6	18.4‡	-	6.8	18.2§	-	-
Conducta oposicionista	3.5	21.8*	-	7.2	30.7*	-	-
Problema de conducta, grave	0.0	4.6	-	0.8	6.8	-	-
Problema de conducta moderado	0.0	4.6	-	0.0	4.5	-	-
Explosividad rasgo acentuado	1.8	8.0§	-	0.8	1.6*	-	-
6 a 8 años	(n=200)	(n=112)	(n=18)	(n=230)	(n=99)	(n=34)	(n=178)
Déficit de atención e hiperactividad combinado	3.9	18.7*	27.8‡	8.9	25.2*	29.4§	7.3
Déficit de atención e hiperactividad inatento	0.3	7.1	11.1	0.3	12.1	17.6	5.0*
Déficit de atención e hiperactividad inatento-leve	0.0	3.5	11.1	1.4	5.0	5.9	3.9
Déficit de atención e hiperactividad hiperactivo-impulsivo	1.9	15.1*	11.1	3.7	17.1*	5.9	7.8
Conducta oposicionista	6.7	22.3*	33.3§	7.0	38.4*	55.9†	12.9
Problema de conducta, grave	1.4	6.2‡	22.2‡	2.4	12.1*	26.5†	2.8
Problema de conducta moderado	0.6	1.8	0.0	1.4	2.0	8.8	5.0‡
Explosividad rasgo acentuado	1.9	21.4*	16.6	2.4	19.2*	32.3‡	7.3§
9 a 12 años	(n=200)	(n=157)	(n=78)	(n=230)	(n=128)	(n=66)	(n=212)
Déficit de atención e hiperactividad combinado	1.2	15.3*	12.8*	5.3	31.2*	22.7*	10.8§
Déficit de atención e hiperactividad inatento	0.4	7.0	7.7	3.5	7.0	3.0	5.7
Déficit de atención e hiperactividad inatento-leve	1.0	3.2	3.8	1.8	3.9	7.6	4.7
Déficit de atención e hiperactividad hiperactivo-impulsivo	1.4	9.5*	5.1	3.0	11.7§	6.1	6.1
Conducta oposicionista	3.4	19.7*	17.9	8.4	30.5*	31.8*	14.1‡
Problema de conducta, grave	0.4	6.4	10.2	3.9	16.4*	9.1	5.7
Problema de conducta moderado	0.7	5.7§	6.4	2.8	14.1*	15.1§	4.2
Explosividad rasgo acentuado	0.9	18.5‡	15.4*	3.8	25.8*	19.7*	9.4‡

* $p \leq .001$

‡ $p \leq .05$

§ $p \leq .02$

c) *Otros síndromes*: los problemas graves de lenguaje (PLg) se reportaron más entre los varones preescolares y escolares de 9 a 12 años vistos en el centro de salud, así como entre las niñas de 6 a 8 años de la escuela primaria de la Ciudad de México y en el centro de salud. Los síndromes sugestivos de probable epilepsia fueron más reportados en preescolares de ambos sexos en el centro de salud, sin poder establecer diferencias con los datos poblacionales de 1995. Las únicas diferencias se encontraron entre los varones de 9 a 12 años, en quienes también se hubo respecto a la conducta explosiva con posible daño cerebral (EXPLOO) (cuadro III).

En el cuadro IV se presentan las medias de las escalas aplicadas en relación con el puntaje del CBTD.

Respecto al funcionamiento de los menores se aprecia claramente que su desempeño está más comprometido en la medida en que hay un mayor número de síntomas reportados en el CBTD en todas las poblaciones. Mientras que en las otras escalas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a excepción de las prácticas de crianza más aversivas en la población del centro de salud.

Discusión

Los resultados de los estudios incluidos para este trabajo concuerdan con lo señalado en la literatura internacional acerca del incremento en los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia¹⁸⁻²⁰ y los hallazgos de la encuesta en adolescentes de la zona

Cuadro II
COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROMES DE INTERIORIZACIÓN EN INFANTES (1995-2010), POR SEXO Y EN DIFERENTES ESCENARIOS. CIUDAD DE MÉXICO

	Niñas			Niños			
	D.F. % (n=134)	C. de Salud % (n=87)	Esc. D.F. % -	D.F. % (n=141)	C. de Salud % (n=88)	Esc. D.F. % -	Esc. Edo. Mex. % -
4 a 5 años							
Ansiedad generalizada	3.8	20.7*	-	3.3	29.5*	-	-
Ansiedad con inhibición	5.3	13.8‡	-	4.5	22.7*	-	-
Condición depresiva grave 2 síntomas	0.0	8.0	-	4.0	10.2	-	-
Condición depresiva moderada 2 síntomas	0.0	1.1	-	1.7	1.1	-	-
Condición depresiva grave 1 síntoma	1.5	16.1*	-	3.7	22.7*	-	-
Condición depresiva leve	4.7	9.2	-	0.5	8.0	-	-
6 a 8 años	(n=200)	(n=112)	(n=18)	(n=230)	(n=99)	(n=34)	(n=178)
Ansiedad generalizada	3.1	29.5*	16.7	5.8	34.3*	32.3*	4.5
Ansiedad con inhibición	3.3	21.4*	27.7‡	5.8	21.2*	41.2*	8.4
Condición depresiva grave 2 síntomas	0.0	12.5	22.2	2.6	12.1§	32.3*	5.0
Condición depresiva moderada 2 síntomas	0.4	1.1	0.0	1.1	1.0	2.9	0.5
Condición depresiva grave 1 síntoma	6.2	22.3*	11.1	5.3	31.3*	11.8	7.3
Condición depresiva leve	0.3	10.7	11.1	1.8	4.0	0.0	7.9*
9 a 12 años	(n=200)	(n=157)	(n=78)	(n=230)	(n=128)	(n=66)	(n=212)
Ansiedad generalizada	1.5	26.7*	17.9*	6.2	35.1*	21.2*	13.2§
Ansiedad con inhibición	1.7	14.0*	21.8*	5.9	17.2*	16.6§	9.9
Condición depresiva grave 2 síntomas	0.3	17.2	26.9	5.1	19.5*	19.7*	10.4‡
Condición depresiva moderada 2 síntomas	0.3	2.5	5.1	0.3	3.9	4.5	1.4
Condición depresiva grave 1 síntoma	4.3	23.6*	10.2	6.5	25.8*	19.7§	11.8§
Condición depresiva leve	4.1	4.4	5.1	3.5	4.7	10.6‡	9.9*

* $p \leq .001$

‡ $p \leq .05$

§ $p \leq .02$

Cuadro III
COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE OTROS SÍNDROMES EN INFANTES (1995-2010),
POR SEXO Y EN DIFERENTES ESCENARIOS. CIUDAD DE MÉXICO

	Niñas			Niños			
	D.F. % (n=134)	C. de Salud % (n=87)	Esc. D. F. %	D.F. % (n=141)	C. de Salud % (n=88)	Esc. D. F. %	Esc. Edo. Mex. %
<i>4 a 5 años</i>			–			–	–
Problema de lenguaje grave	0.0	8.0	–	1.4	13.6*	–	–
Problema de lenguaje leve	2.4	3.4	–	4.1	8.0	–	–
Enuresis	0.0	0.0	–	0.9	2.2	–	–
Epilepsia	0.0	5.7	–	0.0	6.8	–	–
Epilepsia-probable	0.5	2.2	–	0.0	2.3	–	–
Explosividad con probable daño	0.0	3.4	–	1.4	3.4	–	–
<i>6 a 8 años</i>	(n=200)	(n=112)	(n=18)	(n=230)	(n=99)	(n=34)	(n=178)
Problema de lenguaje grave	2.5	8.0‡	33.3§	0.2	16.1	11.8	1.1
Problema de lenguaje leve	2.7	3.6	0.0	1.3	6.0	5.9	2.8
Enuresis	0.5	1.7	0.0	1.0	0.0	0.0	2.2
Epilepsia	3.2	6.2	11.1	2.6	9.0	11.8	3.4
Epilepsia-probable	2.0	2.7	0.0	0.0	2.0	2.9	2.8
Explosividad con probable daño	0.0	2.7	0.0	0.0	6.0	5.9	1.7
<i>9 a 12 años</i>	(n=200)	(n=157)	(n=78)	(n=230)	(n=128)	(n=66)	(n=212)
Problema de lenguaje grave	0.0	7.6	7.7	3.1	14.1*	3.0	3.3
Problema de lenguaje leve	0.2	3.2	0.0	0.9	3.9	4.5	0.9
Enuresis	0.3	0.6	2.6	0.4	0.8	0.0	1.9
Epilepsia	0.5	8.3	6.4	2.5	10.1*	1.5‡	4.2
Epilepsia-probable	0.0	3.8	1.3	0.7	2.3	0.0	2.9
Explosividad con probable daño	0.5	8.9	12.8	2.3	7.0‡	3.0	5.2

* $p \leq .001$ ‡ $p \leq .05$ § $p \leq .02$

Cuadro IV
DIFERENCIA DE MEDIAS POR ESCALAS EN RELACIÓN CON EL PUNTAJE DEL CBTD
EN TRES ÁMBITOS. CIUDAD DE MÉXICO

No. síntomas CBTD	Centro de salud			Escuela primaria D. F.			Escuela Primaria Estado de México		
	0-4 Media	5-8 Media	≥9 Media	0-4 Media	5-8 Media	≥9 Media	0-4 Media	5-8 Media	≥9 Media
Funcionamiento	6.1	10.3	14.1*	7.4	13.2	18.5‡	7.9	13.3	15.4§
Resolución de conflictos	12.2	12.2	12.2	14.0	14.7	12.7	–	–	–
Menor crianza positiva	22.7	22.3	23.7	27.9	27.6	28.2	22.5	22.0	23.9
Mayor crianza aversiva	8.5	9.8	10.1#	12.5	14.2	12.7	11.7	12.6	13.1

* $p < .000$, $f = 78.275$ ‡ $p = .000$, $f = 49.399$ § $p = .000$, $f = 72.046$ # $p = .028$, $f = 3.622$

CBTD: Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico

metropolitana de la Ciudad de México.²¹ Más aún, a partir de este último estudio, Benjet y colaboradores²² encontraron que 68% de la población de adolescentes había estado expuesta a al menos alguna adversidad crónica durante la infancia, de las cuales, la más frecuente y constante resultó ser la referente a la situación económica. Un hecho importante resaltado por estos autores y en concordancia con otros reportes citados por ellos es que la acumulación de situaciones adversas favorece el deterioro en la salud mental. En ese estudio, los autores identificaron tres factores:

1. Abuso, violencia, enfermedad mental, descuido en la crianza, enfermedad física
2. Trastorno por abuso de sustancias y conducta delictiva
3. Divorcio y adversidad económica

Ahora bien, de acuerdo con los factores identificados en el estudio de 1995 en la Ciudad de México, posterior a la mayor crisis financiera en México, y de su contribución para que se desarrollaran posibles problemas psicopatológicos en la población infantil y adolescente, además del riesgo de la presencia de psicopatología familiar, la percepción de adversidad en las relaciones con los familiares que no vivían directamente con el adulto entrevistado y, sobre todo, la percepción de inseguridad y tensión respecto al trabajo, es decir a la fuente del sustento económico, se mostraron como decisivos⁶ y, de manera análoga, se encontraron presentes en los resultados de las adversidades crónicas en la Encuesta en Adolescentes a la que hemos hecho referencia.²² Por lo anterior, los resultados de este reporte merecen ser reflexionados desde una perspectiva amplia: bio-psico-social y cultural, que sea de utilidad para el desarrollo y medición de un paquete de indicadores esenciales de bienestar y desarrollo infantil.

Alcances y limitaciones

En todos los estudios se ha empleado el mismo instrumento, el CBTD, de sencilla aplicación, que fue diseñado a partir de la información en nuestra población, y cuya confiabilidad y validez ha sido reportada y es similar al desempeño que tienen otros instrumentos de tamizaje para problemas de salud mental en la infancia.¹⁰

Resalta, como fue mostrado en los resultados (cuadro IV), que existe una concordancia entre el número de síntomas reportado en el CBTD y el puntaje del funcionamiento psicosocial de los menores, que da mayor solidez a las estimaciones y sugiere que, en efecto, hay mayor número de problemas que comprometen o están asociados en estos infantes.²³

El reporte está dado por los cuidadores, por lo que los resultados corresponden a la percepción del informante y no es resultado de entrevistas directas con los infantes. Para los menores en edad preescolar contamos solamente con la muestra del centro de salud, por lo que se requieren estudios de otros ámbitos.

Se estima que las poblaciones estudiadas en el centro de salud y los planteles escolares corresponden, sin que se haya precisado en los estudios, a niveles socioeconómicos medio bajo y bajo, por lo que no pueden ser generalizados a toda la población.

Exteriorización

El DAH combinado muestra incrementos notables tanto en niñas como en niños a través de los diferentes grupos etarios. Si bien entre los escolares varones de 6 a 8 años de la escuela del Estado de México no hay una diferencia significativa, llama la atención que sí la hay en el reporte de la forma inatenta, misma que pierde significancia en los escolares de 9 a 12 años, pero se hace evidente para el tipo combinado. Esto sugiere que puede haber un sesgo de apreciación, posiblemente propiciado por la normatividad escolar en ese plantel, especialmente porque el subtipo inatento es más frecuente en mujeres. El subtipo hiperactivo impulsivo fue sólo más notoriamente reportado para ambos sexos en la población del centro de salud, y en general su frecuencia disminuye con la edad. Análisis pormenorizados han mostrado que el síndrome DAH combinado es muy frecuente entre los casos con mayor puntuación en el CBTD, por lo que su vigilancia y atención es prioritaria.¹¹ Más aún, estudios longitudinales han mostrado que la continuidad de la infancia a la adolescencia del TDAH es muy elevada: $RM=17.4$.²⁴

Es de resaltar que las manifestaciones oposicionistas en la conducta son reportadas con incremento notorio respecto a la estimación de 1995 y desde la edad preescolar hasta los 12 años, salvo en los varones de la escuela del Estado de México, donde la frecuencia es sólo significativamente diferente hasta la edad escolar tardía. ¿Influirá la disciplina escolar y familiar? De acuerdo con los testimonios de los maestros en el plantel escolar de la Ciudad de México, la conducta oposicionista era la que mayores problemas representaba. El análisis pormenorizado mostró que la conducta oposicionista se asocia fuertemente con el DAH combinado, con problemas de conducta y con los síndromes depresivos,¹¹ lo que concuerda con lo reportado en la literatura internacional.²⁴ Por su parte, el TDAH tiene una raíz familiar relacionada con la herencia y requiere tanto del manejo médico farmacológico como de medidas de control y apoyo a nivel familiar y escolar. Los síndromes depre-

sivos en la infancia se asocian con un alto componente de adversidad tanto en los métodos de crianza como de condiciones familiares desfavorables.²⁵

Las manifestaciones graves de problemas de conducta (PCg) fueron notoriamente más frecuentes a partir de la edad preescolar en la población del centro de salud, y en la escuela de la Ciudad de México, hasta los ocho años, y disminuyeron en el siguiente grupo de edad sin mostrar diferencias significativas respecto a lo estimado en la Ciudad de México en 1995. ¿Se controlará dicha conducta o es posible que estos menores no continúen en la misma escuela?

Finalmente, en este grupo de síndromes exteriorizados, es de llamar la atención el incremento en los rasgos explosivos de conducta en todos los grupos de edad y para ambos sexos. Dado que este síndrome no representa una probable categoría diagnóstica sino rasgos acentuados de la conducta, cabe preguntarse ¿qué condiciones sociales y familiares lo favorecen?

En conjunto, los datos sugieren que, además de un incremento en este tipo de problemas, parece haber una dificultad seria en cuanto al establecimiento de límites desde edad temprana en el seno de las familias, señalando así una ventana de oportunidad para programas encaminados hacia la prevención mediante la educación a la población en general y en las escuelas.^{11,25}

Interiorización

Los síndromes de ansiedad se encontraron con un incremento importante. Los resultados del estudio intergeneracional realizado en 1995 en la Ciudad de México mostraron que, respecto a los síndromes de ansiedad en los niños, existe una transmisión familiar, hallazgo que concuerda con otros estudios, pero además se hizo patente la mediación de las condiciones socioeconómicas que contribuyen significativamente a incrementar el riesgo tanto de manera específica para los síndromes de ansiedad como para las manifestaciones de psicopatología en general para los infantes y adolescentes.^{6,26}

Los trastornos de ansiedad han sido identificados como frecuentes y persistentes en la infancia y adolescencia, además de ser susceptibles a mostrar diversos grados de deterioro en el desempeño funcional.^{15,27}

En la transición entre infancia y adolescencia, se ha reportado que los trastornos de ansiedad en general se incrementan y que una parte de ellos continúa (RM=2.0). A la vez, se ha reportado variación en cuanto a trastornos: la ansiedad en la infancia ha predicho depresión en la adolescencia (RM ajustado=2.7), y la depresión en la infancia ha predicho ansiedad durante la adolescencia

(RM=2.8).²⁴ No menos importante es que la ansiedad en la infancia predice problemas de abuso de sustancias en la adolescencia²⁸ y en la edad adulta.²⁹

Los resultados de este trabajo han mostrado que tanto la ansiedad como los síndromes depresivos tienden a aumentar con la edad, lo que concuerda con resultados de otros estudios,²⁸ y alerta acerca de mayores problemas de salud mental para etapas posteriores de la vida, tal y como lo ha puesto de manifiesto la encuesta de adolescentes en México.²¹ Más aún, estudios prospectivos han mostrado que, si bien los síntomas de ansiedad y depresión aparentemente corresponden a dos factores distintos, el desarrollo de una de estas manifestaciones puede ser afectada por la severidad inicial de la otra.³⁰

Otros síndromes

A diferencia de lo observado en cuanto al incremento en las manifestaciones de exteriorización e interiorización, en este otro grupo principalmente sólo dos síndromes mostraron diferencias significativas respecto a las estimaciones del estudio poblacional: el relativo a problemas graves con el lenguaje tanto en los varones preescolares y en los escolares de 9 a 12 años, como en las niñas de 6 a 8 años, y la epilepsia en los niños de mayor edad.

En virtud de que el lenguaje es central para la comunicación humana –a través de él se incorpora la cultura, preceptos y otros elementos básicos de la socialización–, el reporte de alteraciones graves en el mismo es un indicador de necesidad de atención ya que el desarrollo de estos menores está comprometido.³¹ De manera similar, aunque a veces es menos evidente, la presencia de epilepsia frecuentemente afecta las habilidades cognitivas y escolares, así como efectos adversos en las relaciones familiares y sociales. Análisis prospectivos de la población atendida en el centro de salud han mostrado que este tipo de síndromes generalmente se asocian a manifestaciones tanto de interiorización como de exteriorización y tienden a ser más crónicos.¹¹

En conclusión, los resultados de estos estudios indican que aparentemente existe un incremento de síntomas en la población infantil que posiblemente influyen o sean manifestaciones incipientes de problemas de salud mental con repercusión a lo largo de la vida.

A partir de los preescolares, resalta que condiciones sugerentes de trastornos del neurodesarrollo, tales como el síndrome de déficit de atención (DAH combinado) y problemas en el lenguaje, muestran diferencias significativas notorias respecto a los datos de 1995. También resalta que las manifestaciones de ansiedad se han

incrementado notoriamente tanto en niñas como en niños al igual que las manifestaciones depresivas con ánimo irritable predominante (CDg1) y la conducta oposicionista.

La vigilancia y atención oportuna de estas manifestaciones, consideramos, son una prioridad de la salud mental pública.

Agradecimientos

El estudio de la Ciudad de México fue financiado por Conacyt proyecto No. 2077-H9302. El estudio realizado en el Centro de Salud fue financiado por Conacyt proyecto salud No. 2003-C01-60. El estudio en la escuela de la delegación política de Iztacalco se desarrolló en colaboración con México, Arte y Salud, A. C. El estudio en la escuela del Estado de México se realizó gracias a la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana y con la colaboración de los alumnos de la generación 2008. Gabriela Palomares Calderón y Nahúm Pérez Rodríguez apoyaron en la elaboración de cuadros y gráficos para esta presentación y elaboración del manuscrito. Este trabajo forma parte de los antecedentes del proyecto Desarrollo y medición de un paquete de indicadores Esenciales de bienestar y Desarrollo infantil para monitoreo poblacional (Conacyt 233814).

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Caraveo J, Medina-Mora ME, Villatoro J, López K, Martínez N. Detección de problemas de salud mental en la infancia. *Salud Publica Mex*. 1995;37(5):445-51.
- Caraveo J. Cuestionario Breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes, CBTD: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. *Salud Mental*. 2006;29(6):65-72.
- Caraveo J. Cuestionario Breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2007;30(1):48-55.
- Caraveo J, Colmenares E, Martínez N. Síntomas percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex*. 2002;44(6):492-8. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342002000600001>
- Caraveo J, Nicolini H, Villa A, Wagner F. Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud Publica Mex*. 2005;47(1):23-9.
- Caraveo J. Familial risk across three generations and psychosocial correlates for developing psychopathology in a changing world. *J Child Adolesc Behav*. 2014;2(2):1-8. <https://doi.org/10.4172/jcalb.1000131>
- Caraveo J. Adversidad social y el reporte de conducta en niños y adolescentes. *Fromm, Humanismo y Psicoanálisis*. 2010;3(1):14-24.
- Salgado de Synder N, Díaz-Pérez M. Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*. 1999;2 (número especial):68-74.
- Sarmiento R. Detección de problemas de salud mental en una población rural [tesis]. Puebla, México: Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, 2000.
- Caraveo J, López J, Soriano A, López J, Contreras A, Reyes A. Eficiencia y validez concurrente del CBTD para la vigilancia de la salud mental de niños y adolescentes en un centro de atención primaria de México. *Rev Invest Clin*. 2011;63(6):590-600.
- Caraveo J. Vigilando la salud mental infantil en atención primaria. Norderstedt, Germany: Editorial Académica Española, Books on Demand GmbH, 2016.
- Caraveo J, Martínez N, Rivera E. Un modelo para estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental*. 1998;21(1):48-57.
- Caraveo J. Validez del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD) en escenarios clínicos. *Salud Mental*. 2007;30(2):42-9.
- Bird R, Canino J, Davies M, Ramírez R, Chávez L, Duarte C, et al. The brief impairment scale (BIS): A multidimensional scale of functional impairment for children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:699-707. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000163281.41383.94>
- Caraveo J, Soriano A, Erazo J. Anxiety syndromes and their correlates in children and adolescents: A two-year-follow-up study at primary health care in Mexico City. In: Durbano F (ed). *New insights into anxiety disorders*. Croatia: Intech Open Access Publisher, 2013:233-258. <https://doi.org/10.5772/53767>
- Barkley A, Murphy R, Bauermeister J. Attention-deficit hyperactivity disorder. A clinical Workbook. New York: The Guilford Press, 1998.
- Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Epidemiology, biostatistics, and preventive medicine. Philadelphia: WB Saunders Company, 1996.
- Montenegro H. Psiquiatría del niño y del adolescente. *Rev Chil Neuro Psiquiatr*. 2000;38(3):143-6. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272000000300001>
- Kelleher KJ, McInerney TK, Gardner W, Childs GE, Wasserman R. Increasing identification of psychosocial problems. *Pediatrics*. 2000;105:1313-21. <https://doi.org/10.1542/peds.105.6.1313>
- Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ. Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Pediatrics*. 1998;82:415-24.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *J Child Psychol Psychiat*. 2009;50:386-95. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Cruz C, Menedez E. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *J Adolesc Health*. 2009;45:483-9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.002>
- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Amer Acad Child Adol Psychiat*. 2005;44:972-86. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f>
- Copeland WE, Adair CE, Smetanin P, Stiff D, Briante C, Colman I, et al. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *J Child Psychol Psychiat*. 2013;54(7):791-9. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12062>
- Hanisch C, Hautmann C, Plücker J, Eichelberger I, Döpfner M. The prevention program for externalizing problem behavior (PEP) improves child behavior by reducing negative parenting: analysis of mediating processes in a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiat*. 2014;55(5):473-84. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12177>
- Caraveo J. Intergeneration familial risk and psychosocial correlates for anxiety syndromes in children and adolescents in a developing country. In: Ágnes Szirmai (Ed). *Anxiety and related disorders*. Croatia: Intech Open Access Publisher, 2011:49-68. <https://doi.org/10.5772/19456>
- Malcarne VL, Hansdottir I, Merz EL. Vulnerability to anxiety disorders in childhood and adolescence. In: Ingram RE, Price JM (Eds.). *Vulnerability*

- to Psychopathology. Risk across the Lifespan. 2nd Ed. New York: Guilford Publications, 2010:357-162.
28. Costello J, Copeland WE, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatr.* 2011;52(10):1015-25. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
29. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaxiola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behav.* 1998;23(6):893-907. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00076-8](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00076-8)
30. Hale III WW, Raaijmakers QAW, Muris P, van Hoof A. One factor or two parallel processes? Comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorder symptoms. *J Child Psychol Psychiatr.* 2009;50(10):1218-26. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02115.x>
31. Mok PLH, Pickles A, Durkin K, Conti-Ramsden G. Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment. *J Child Psychol Psychiatr.* 2014;55(5):516-27. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12190>