



ORIGINAL

Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña

L. Rajmil^{a,b,c,*}, S. López-Aguilà^a, A. Mompert Penina^d, A. Medina Bustos^d,
M. Rodríguez Sanz^{c,e} y P. Brugulat Guiteras^d

^aAgència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Barcelona, España

^bInstitut Municipal d'Investigació Mèdica, Hospital del Mar, Barcelona, España

^cCIBER en Epidemiología y Salud Pública, Barcelona, España

^dDepartament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^eAgència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 24 de diciembre de 2009; aceptado el 25 de febrero de 2010

Disponible en Internet el 26 de mayo de 2010

PALABRAS CLAVE

Desigualdades;
Hiperactividad;
Salud mental;
Síntomas emocionales

Resumen

Objetivos: Analizar los factores socioeconómicos y de salud asociados a la salud mental infantil en una muestra representativa de población de 4–14 años de edad de Cataluña.

Métodos: Los datos provienen de la submuestra infantil de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006 (n=1.821). La madre, el padre o la persona encargada del menor respondió el cuestionario de salud mental infantil Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Se analizaron las puntuaciones de cada dimensión del SDQ y las dificultades totales según los factores socioeconómicos y de salud del niño/a. Se ajustaron modelos de regresión lineal múltiple.

Resultados: En general, pertenecer a una familia de clase social desfavorecida, monoparental, con nivel de estudios de la madre menor que universitario y declarar problemas de salud fueron los factores asociados a una peor salud mental infantil en la mayoría de las dimensiones del SDQ. Los factores asociados a las dificultades totales fueron ser chica (coeficiente β : -1,6), pertenecer a las clases sociales menos favorecidas (grupo IV–V: 1,6), con menor nivel de estudios materno (nivel de estudios primario o menos: 1,2), pertenecer a una familia monoparental (1,5) y declarar más problemas de salud (3 o más problemas: 3,9).

Conclusiones: Los niños y las niñas de familias con nivel socioeconómico menos favorecido y de familias monoparentales se encuentran a riesgo de presentar peor salud mental. El estudio aporta información útil para la monitorización y el abordaje de los problemas de salud mental infantil.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lrajmil@aatrm.catsalut.cat (L. Rajmil).

KEYWORDS

Inequalities;
Hyperactivity;
Mental health;
Emotional symptoms

Socio-economic inequalities in children's mental health in Catalonia**Abstract**

Objectives: To analyse socio-economic and health status factors associated with poor mental health in a representative sample of children 4 to 14 years old in Catalonia.

Methods: The data comes from a subsample of the Catalan Health Interview Survey 2006 (CHIS) (n=1821). Proxy-respondents, mainly mothers, answered the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). The SDQ dimension scores and the Total difficulties score were analysed by socio-demographics and health status factors. Multivariate linear regression models were fitted to analyse the influence of socio-economic and health status factors on mental health.

Results: In general, being in a disadvantaged family, single-parent families, a family whose mother had lower level of education, and those children reporting physical health problems, have been factors associated with worse child mental health in most of SDQ dimension scores. Factors associated with Total difficulties were, being a girl (beta coefficient: -1.6), from disadvantaged social classes (group IV-V: 1.6), at lower level of maternal education (mother's educational primary level or less: 1.2), being in a single-parent family (1.5), and reporting health problems (3 or more health problems: 3.9).

Conclusions: Children from disadvantaged families, and single-parent families are at higher risk of worse mental health than their counterparts in the advantaged groups. The study contributes to collecting information for monitoring and approaching mental health in children.

© 2009 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los problemas de salud mental infantil comportan una carga importante de enfermedad e impacto en el funcionamiento cotidiano y en la calidad de vida del niño/a¹. Por este motivo, así como por la interferencia en la vida familiar y social, y los costes económicos que conlleva, el estudio de la salud mental infantil es un tema prioritario en la salud pública, la política sanitaria y la práctica clínica pediátrica. Sin embargo, existen dificultades para determinar la magnitud del problema, debido en parte a los criterios de clasificación de los problemas de salud mental y a los instrumentos de medida utilizados, a los criterios de selección de los participantes en los estudios epidemiológicos y al ámbito donde se lleva a cabo el estudio².

Los estudios comunitarios requieren el uso de instrumentos de cribado o que midan los aspectos de la salud mental relevantes en la infancia, y que presenten coeficientes de fiabilidad y validez aceptables respecto del patrón de referencia con el que se analizan. La mayoría de los estudios llevados a cabo se basan en los criterios del Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV³. El instrumento de medida de salud mental en la infancia que ha recibido más atención en los últimos años es el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ, 'Cuestionario de Cualidades y Dificultades'), desarrollado en el Reino Unido⁴, que presenta aceptables coeficientes de fiabilidad y validez y se ha adaptado a múltiples idiomas y contextos, incluido España⁵.

Diversos estudios que han utilizado el SDQ u otros instrumentos han presentado resultados variables en cuanto al riesgo de presentar problemas psiquiátricos y a los factores asociados a estos problemas. Se ha establecido una aparente tendencia al aumento en la psicopatología

infantil y adolescente en los países desarrollados, aunque esta afirmación no se ha demostrado con datos. Un estudio internacional en 24 países mostró que las chicas presentan mayor prevalencia de problemas de internalización, mientras que los chicos presentan una proporción más elevada de problemas de externalización⁶. En el Reino Unido, un estudio llevado a cabo a finales de la década de 1990 encontró que alrededor del 10% de la población infantil presentaba algún problema psiquiátrico⁷, y otro estudio en el mismo país a partir de 2 encuestas llevadas a cabo en 1999 y en 2004 encontró resultados similares en ambas encuestas y una cierta tendencia a la disminución (mejoría) en la segunda administración⁸. Una revisión sistemática de los estudios llevados a cabo en Alemania encontró una prevalencia media de riesgo de presentar problemas psiquiátricos del 18%⁹.

Por otra parte, el nivel socioeconómico y el entorno familiar son factores asociados a la salud mental infantil¹⁰⁻¹². Los niños y las niñas de familias menos favorecidas, con ambiente familiar desestructurado, presentaron mayor probabilidad de tener problemas de salud mental que sus pares de familias más favorecidas en un estudio internacional de 12 países¹³. Sin embargo, pocos estudios han analizado el papel de los factores socioeconómicos familiares como potenciales factores determinantes de la salud mental infantil. En la literatura científica prevalece la causa genética o neurobiológica como sustrato etiológico único en la mayoría de los trastornos graves y frecuentes.

La Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA)¹⁴ es una de las principales fuentes de información para elaborar políticas de salud adecuadas a las necesidades de la población explicitadas en el Pla de Salut de Catalunya. En la edición del año 2006 por primera vez se elaboró un cuestionario

específico para la población infantil que incluía los instrumentos de análisis adecuados a estas edades, en concreto el SDQ, hecho que ha permitido estudiar la salud mental infantil en Cataluña.

El objetivo de este estudio fue analizar los factores individuales, sociodemográficos y familiares asociados a la salud mental infantil en una muestra representativa de la población de 4-14 años de edad de Cataluña.

Métodos

Selección de la muestra de la Encuesta de Salud de Cataluña infantil

Los datos del estudio provienen de la ESCA 2006 del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya y de l'Agència de Salut Pública de Barcelona^{14,15}. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo estratificado polietápico representativo por sexo, grupo de edad y tamaño del municipio para cada uno de los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS) de Cataluña de la población no institucionalizada.

En la primera fase se estableció el tamaño muestral, que fue calculado para obtener las estimaciones con un margen de error \pm del 5% y un nivel de confianza del 95% ($n=18.126$ para el total de la muestra y $n=2.200$ para los ≤ 14 años), y se estratificó la muestra en municipios, teniendo en cuenta el tamaño de estos con el objetivo de que todos los estratos poblacionales estuvieran representados adecuadamente. Los municipios se seleccionaron de manera proporcional y se efectuó un mínimo de 20 entrevistas por municipio. En la siguiente etapa se seleccionaron los individuos por entrevistar mediante un proceso de extracción aleatorizada simple del Registro de la Población de Cataluña, con un control aleatorizado para garantizar que la estructura por sexo y grupo de edad de la población fuera representativa de la población de Cataluña. La muestra de los ≤ 14 años fue proporcional al tamaño de la muestra general de la ESCA en todos los municipios y los GTS.

En noviembre y en diciembre de 2005 se efectuó una prueba piloto que incluyó un 18% de cuestionarios a menores. El trabajo de campo se llevó a cabo entre diciembre de 2005 y julio de 2006 en los domicilios de las personas seleccionadas. El 65% de los entrevistados fueron los titulares seleccionados en primer lugar y un 22% de los primeros sustitutos contestaron las encuestas, coincidentes en características de sexo, edad, estrato poblacional y GTS, con lo que se mantuvo la representatividad de la muestra para estas variables. Los motivos de sustitución fueron cambios de domicilio, dirección incorrecta o ausencia prolongada (23%), no localizable o inaccesible (5%) y negativa a participar (7%).

Procedimientos de administración

Se administró el cuestionario infantil de la ESCA a los padres, a las madres, a los tutores o a las personas encargadas de los menores seleccionados para la entrevista en el domicilio de las personas entrevistadas. Las entrevistas se realizaron en la lengua escogida por la persona entrevistada (catalán/castellano). En todos los casos se utilizó la

entrevista personal con un cuestionario estructurado asistido por ordenador (CAPI). La duración media de la entrevista fue de 37 min.

Variables analizadas

La salud mental se recogió a partir del SDQ, que es un cuestionario de 25 ítems que detecta probables casos de trastorno mental y del comportamiento en niños de 4-16 años. El SDQ incluye 5 escalas de 5 ítems cada una. Cuatro de estas escalas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros) miden aspectos negativos de la salud mental, mientras que la escala de conducta prosocial mide comportamientos positivos. Cada ítem presenta 3 categorías de respuesta (no es cierto, es cierto a medias y absolutamente cierto). Cada una de las 5 escalas se puntúa entre 0-10. Es posible obtener puntuaciones para cada escala y al sumar la puntuación de 4 de las escalas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros) se obtiene la escala total de dificultades que se puntúa entre 0-40¹⁶. Una puntuación más elevada significa peor salud mental, excepto en la escala prosocial, que es a la inversa. En el estudio presente se administró la versión de padres del SDQ en los menores de 4-14 años de la muestra.

Las variables analizadas fueron el sexo; la edad (analizada en 3 categorías: 4-7; 8-11 y 12-14 años de edad); la clase social ocupacional más elevada de la familia, recogida y analizada de acuerdo a la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología^{17,18} (categorizada en 3 grupos: grupo I-II el más favorecido, grupo III y grupo IV-V, el menos favorecido); el nivel de estudios de la madre (recodificado en 3 categorías: nivel de estudios primario o menos, secundario y universitario); el tipo de familia (analizado en 2 categorías: familias biparentales y monoparentales), y los problemas de salud declarados, a partir de un listado de problemas frecuentes en la infancia (alergias crónicas, asma, bronquitis crónica o de repetición, estreñimiento crónico, otitis, infecciones urinarias de repetición, retardo de crecimiento, malformación congénita, tumor maligno, enuresis, diabetes, convulsiones febriles, epilepsia u otros problemas crónicos de salud) categorizados en 3 grupos: ningún trastorno, 1 o 2 trastornos, y 3 o más trastornos declarados.

Análisis estadístico

Se compararon las puntuaciones medias de cada dimensión del SDQ y del total de las dificultades según la edad, el sexo y el tipo de familia mediante el test de la *t* de Student. La comparación de las puntuaciones medias de las dimensiones del SDQ y del total de las dificultades según la clase social, el nivel de estudios materno y los problemas de salud declarados se llevaron a cabo mediante el test ANOVA. Se computaron los intervalos de confianza del 95% (IC95%) para cada una de las categorías de las variables analizadas. Se ajustaron modelos de regresión lineal múltiple para analizar la influencia de las características individuales y familiares en la salud mental infantil. Los análisis multivariados se llevaron a cabo para toda la muestra y se estratificaron por sexo. De acuerdo a la revisión previa de la literatura médica se esperaba que las niñas obtuviesen peor puntuación que

los niños en la dimensión de problemas emocionales y mejor puntuación en las dimensiones de hiperactividad, conducta prosocial y dificultades totales. Asimismo, se esperaba que los niños/as de nivel socioeconómico más desfavorecido puntuaran peor en todas las dimensiones del SDQ.

Resultados

En los análisis se incluyó un total de 1.821 niños y niñas de 4-14 años de edad. En la [tabla 1](#) se presenta la distribución de la muestra según las características socioeconómicas y de salud. El porcentaje de niños de la muestra fue del 51,6%; el 36,9% tenía 4-7 años de edad; el 22,1% pertenecía a las clases sociales más favorecidas (I-II) y el 21,9% de las madres tenía nivel de estudios universitarios. Las familias monoparentales fueron el 9,7% y el 10,9% declaró tener 3 o más problemas de salud. El informador fue la madre en el 74,1% de los casos.

En la [tabla 2](#) se presentan los resultados de las puntuaciones medias del SDQ según los factores analizados. Las niñas presentaron mejores puntuaciones en problemas de conducta (media=1,23; IC95%:1,13-1,32 versus 1,44; 1,34-1,54 en los chicos; $p<0,05$) y en conducta prosocial (media=8,88; IC95%: 8,78-8,97 versus 8,59; 8,48-8,69 en los chicos; $p<0,05$). En general, los de menor edad puntuaron peor en hiperactividad y puntuaron mejor en síntomas emocionales y en conducta prosocial. Los menores de clase social I-II presentaron mejores puntuaciones en todas las dimensiones del SDQ, excepto en problemas con los compañeros y conducta prosocial, en relación con el resto

de las clases sociales; en el total de dificultades se observó un gradiente entre los grupos más favorecidos y los menos favorecidos (6,3; IC95%=5,86-6,74 en los menores de clase social I-II, 7,77; IC95%=7,33-8,21 en los niños/as de clase social III y 8,57; IC95%=8,22-8,93 en los de clase social IV-V; $p<0,001$). Los niños/as de madres con nivel universitario presentaron mejor puntuación en todas las dimensiones con respecto a los niños/as de familias del resto de niveles de estudio (todas las diferencias fueron estadísticamente significativas; $p<0,05$). Los menores de familias monoparentales presentaron peores puntuaciones que los de familia biparental en todas las dimensiones, excepto en problemas con los compañeros.

En el análisis multivariado destacan los factores asociados a la hiperactividad ([tabla 3](#)): ser chica (coeficiente $\beta=-0,57$), tener menos edad (-0,26 en los de 8-11 años y -0,52 en los de 12-14 años en relación con los más pequeños), pertenecer a la clase social menos favorecida (grupo III=0,52 y grupo IV-V=0,75), con menor nivel de estudios materno (primario o menos=0,66 y secundario=0,47), pertenecer a una familia monoparental (0,46) y declarar problemas de salud (1-2 problemas=0,53; 3 o más problemas=1,3). En general, pertenecer a una familia de clase social más desfavorecida, monoparental, con nivel de estudios de la madre menor que universitario y declarar problemas de salud se han asociado a una peor salud mental infantil, tanto en las dificultades totales como en las dimensiones síntomas emocionales y problemas con los compañeros.

Discusión

El presente estudio se trata de uno de los primeros estudios sobre salud mental infantil de base poblacional en Cataluña y el Estado español y muestra la existencia de desigualdades sociales en la salud mental infantil en una muestra representativa de la población infantil de Cataluña de 4-14 años de edad. Los niños y las niñas de familias con nivel socioeconómico más desfavorecido y los de familias monoparentales se encuentran en riesgo de presentar peor salud mental en la puntuación total y en la mayoría de las dimensiones del SDQ que sus pares de familias más favorecidas.

En la interpretación de los resultados se deben tener en cuenta las limitaciones del estudio. Si bien el SDQ es un instrumento ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos y en encuestas de salud, al ser un instrumento de cribado para estudios poblacionales, no permite obtener diagnósticos clínicos psiquiátricos. En estudios llevados a cabo en Reino Unido, las versiones autoadministrada para padres y para profesionales sanitarios presentaron un rendimiento variable en el que se comparan los resultados con una entrevista psiquiátrica estructurada¹⁹. Además, como cualquier instrumento de medida presenta unos coeficientes de validez y de fiabilidad determinados. El cuestionario ha presentado aceptables propiedades psicométricas en la muestra de la ESCA, la fiabilidad medida con el α de Cronbach fue superior a 0,7 (mínimo estándar) en 3 de las 4 dimensiones y en las dificultades totales, un análisis de componentes principales ha replicado las características del instrumento original con aceptables coeficientes, no ha presentado valores perdidos, y el efecto

Tabla 1 Distribución de la muestra de los participantes en el estudio (n=1.821). Encuesta de Salud de Cataluña infantil 2006

	n	%
<i>Sexo</i>		
Niña	881	48,4
<i>Edad, años</i>		
4-7	672	36,9
8-11	639	36,1
12-14	510	28,0
<i>Clase social familiar</i>		
Grupo I-II	419	22,1
Grupo III	520	55,9
Grupo IV-V	882	48,4
<i>Nivel de estudios de la madre</i>		
Primarios o sin estudios	402	22,1
Secundarios	1.015	55,9
Universitarios	398	21,9
<i>Tipo de familia</i>		
Monoparental	176	9,7
<i>Problemas de salud declarados</i>		
Ninguno	891	48,9
1 o 2	732	40,2
3 o más	198	10,9

Valores perdidos: nivel de estudios(6).

Tabla 2 Puntuaciones medias del Strengths and Difficulties Questionnaire (e intervalo de confianza del 95%) según las variables sociodemográficas y psicosociales

	Síntomas emocionales	p	Problemas de conducta	p	Hiperactividad	p	Problemas con los compañeros	p	Conducta prosocial	p	Total de dificultades	p
<i>Total</i>	1,68 (1,59–0,76)		1,34 (1,27–0,41)		3,49 (3,38–0,61)		1,29 (1,23–0,36)		8,73 (8,66–0,80)		7,82 (7,58–0,06)	
<i>Sexo</i>												
Niño	1,63 (1,51–0,74)	0,1	1,44 (1,34–0,54)	0,006	3,79 (3,63–0,95)	0,09	1,34 (1,25–0,43)	0,19	8,59 (8,49–0,69)	0,001	8,21 (7,87–0,55)	0,19
Niña	1,73 (1,60–0,85)		1,23 (1,13–0,32)		3,18 (3,02–0,34)		(1,16–1,34)		8,88 (8,79–0,97)		7,4 (7,06–7,74)	
<i>Edad, años</i>												
4–7	1,44 (1,31–0,56)		1,39 (1,28–0,51)		3,68 (3,54–0,81)		1,25 (1,15–0,34)		8,65 (8,54–0,77)		7,77 (7,42–0,12)	
8–11	1,88 (1,73–2,03)	<0,001	1,35 (1,23–0,46)	0,29	3,51 (3,36–0,66)	0,01	1,33 (1,22–0,44)	0,53	8,86 (8,75–0,97)	0,02	8,07 (7,63–0,51)	0,25
12–14	1,73 (1,57–0,91)		1,26 (1,13–0,39)		3,24 (3,08–0,4)		1,31 (1,19–0,44)		8,66 (8,53–0,8)		7,56 (7,09–0,04)	
<i>Clase social familiar</i>												
I–II	1,44 (1,27–0,61)		1,03 (0,91–0,15)		2,76 (2,54–0,98)		1,06 (0,94–0,18)		8,67 (8,53–0,81)		6,3 (5,86–0,74)	
III	1,62 (1,47–0,77)	0,002	1,33 (1,2–0,46)	<0,001	3,57 (3,35–0,79)	<0,001	1,24 (1,13–0,35)	<0,001	8,84 (8,51–0,78)	0,09	7,77 (7,33–8,21)	<0,001
IV–V	1,82 (1,69–0,95)		1,49 (1,39–0,59)		3,8 (3,64–0,97)		1,44 (1,34–0,54)		8,81 (8,71–0,9)		8,57 (8,22–0,93)	
<i>Nivel de estudios de la madre</i>												
≤Primario	1,8 (1,61–0,99)		1,4 (1,25–0,54)		3,87 (3,65–0,09)		1,4 (1,27–0,54)		8,79 (8,64–0,94)		8,49 (8,0–0,97)	
Secundario	1,8 (1,68–0,93)	<0,001	1,42 (1,34–0,55)	<0,001	3,63 (3,51–0,86)	<0,001	1,42 (1,32–0,51)	<0,001	8,78 (8,65–0,86)	0,01	8,36 (7,99–0,73)	<0,001
Universitario	1,4 (1,26–0,54)		1,08 (1,03–0,25)		2,94 (2,74–0,13)		1,03 (0,94–0,15)		8,65 (8,52–0,77)		6,53 (6,14–0,93)	
<i>Tipo de familia</i>												
Biparental	1,63 (1,55–0,72)	0,04	1,3 (1,23–0,37)	0,01	3,45 (3,33–0,57)	0,01	1,27 (1,21–0,34)	0,07	8,76 (8,69–0,83)	0,01	7,67 (7,43–0,92)	0,02
Monoparental	2,06 (1,72–0,39)		1,7 (1,43–0,97)		3,92 (3,56–0,28)		1,47 (1,27–0,67)		8,46 (8,21–8,7)		9,16 (8,2–0,0)	
<i>Problemas de salud declarados</i>												
Ninguno	1,3 (1,2–0,41)		1,12 (1,04–0,2)		3,11 (2,96–0,26)		1,17 (1,09–1,26)		8,7 (8,61–0,8)		6,73 (6,44–0,02)	
1 o 2	1,89 (1,75–0,03)	<0,001	1,44 (1,33–0,55)	<0,001	3,67 (3,35–0,79)	<0,001	1,29 (1,19–1,39)	<0,001	8,85 (8,74–0,95)	0,001	8,31 (7,92–0,7)	<0,001
3 o más	2,55 (2,22–0,88)		1,95 (1,67–0,23)		4,56 (4,17–0,96)		1,84 (1,61–2,06)		8,38 (8,13–0,65)		10,9(10,0–1,8)	

Las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en las comparaciones de medias y en las pruebas posthoc se muestran en cursiva.

Tabla 3 Modelos de regresión del Strengths and Difficulties Questionnaire. Salud mental infantil en la Encuesta de Salud de Cataluña 2006

Factores estudiados (categoría de referencia)	Coeficiente β (error estándar)					
	Síntomas emocionales	Problemas de conducta	Hiperactividad	Problemas con los compañeros	Conducta prosocial	Total de dificultades
<i>Sexo (niño)</i>						
Niña	0,15 (0,8)	-0,18 (0,06)	-0,57 (0,11)	-0,08 (0,06)	0,28 (0,07)	-0,6 (0,2)
<i>Edad (4-7 años)</i>						
8-11 años	0,36 (0,1)	-0,09 (0,08)	-0,26 (0,13)	0,04 (0,07)	0,19 (0,08)	0,05 (0,2)
12-14 años	0,23 (0,1)	-0,16 (0,08)	-0,52 (0,14)	0,03 (0,08)	-0,01 (0,08)	-0,41 (0,29)
<i>Clase social familiar (I-II)</i>						
III	-0,01 (0,12)	0,18 (0,1)	0,52 (0,16)	0,04 (0,09)	-0,03 (0,1)	0,75 (0,34)
IV-V	0,24 (0,11)	0,38 (0,09)	0,75 (0,15)	0,25 (0,08)	0,08 (0,09)	1,6 (0,3)
<i>Nivel de estudios de la madre (universitario)</i>						
Primario o menos	0,23 (0,12)	0,09 (0,1)	0,66 (0,17)	0,23 (0,09)	0,1 (0,1)	1,23 (0,35)
Secundario	0,26 (0,1)	0,15 (0,08)	0,47 (0,14)	0,26 (0,07)	0,1 (0,08)	1,16 (0,29)
<i>Tipo de familia (biparental)</i>						
Monoparental	0,45 (0,14)	0,39 (0,11)	0,46 (0,19)	0,21 (0,11)	-0,25 (0,12)	1,5 (0,4)
<i>Problemas de salud declarados (ninguno)</i>						
1 o 2	0,56 (0,09)	0,31 (0,07)	0,53 (0,12)	0,09 (0,06)	0,15 (0,07)	1,5 (0,24)
3 o más	1,19 (0,14)	0,78 (0,11)	1,3 (0,19)	0,61 (0,1)	-0,29 (0,11)	3,9 (0,39)
Constante	0,11 (0,23)	0,71 (0,18)	2,8 (0,31)	0,73 (0,17)	8,3 (0,19)	4,4 (0,64)

Los coeficientes con significación estadística ($p < 0,05$) se muestran en cursiva. A mayor puntuación peor salud mental, excepto en la conducta prosocial.

techo presentó un rango del 2,6-37% y no presentó efecto suelo (datos no mostrados). Una de las ventajas del SDQ en su aplicación clínica o poblacional es su brevedad y el amplio abanico de factores que recoge, el equilibrio entre los atributos positivos y negativos y la correspondencia de sus dimensiones con las grandes categorías de los sistemas de clasificación actuales. Por este motivo, el instrumento se ha propuesto como herramienta de cribado universal y se ha utilizado ampliamente en estudios internacionales y en diversos países²⁰. Por otra parte, algunos factores no incluidos en este estudio y que podrían actuar como protectores o de riesgo para presentar problemas de salud mental, como las relaciones sociales y con los compañeros/as, el funcionamiento familiar o el nivel de empleo y la salud mental de los padres, deberían ser motivo de análisis en estudios futuros²¹. La proporción de respuesta al estudio fue similar a la de otras encuestas de las mismas características²². Aunque no se pueden descartar sesgos en los resultados si los que no participaron en el estudio presentan diferencias en salud mental respecto de los participantes, este hecho es poco probable. La proporción de rechazos para participar fue baja y la representatividad de la muestra en términos de edad, sexo y municipio de residencia fue aceptable; por tanto, es poco presumible la existencia de este tipo de sesgos. Finalmente, la naturaleza transversal del estudio impide sacar conclusiones respecto de la direccionalidad de las asociaciones.

Estudios como el presente, de base poblacional, tienen algunas ventajas respecto de los estudios clínicos. Los estudios basados en la población que consulta los servicios sanitarios de salud mental y de consumo de medicamentos pueden reflejar un diferente nivel de reconocimiento del diagnóstico clínico por parte de los profesionales o una tendencia de la población o de determinado subgrupo poblacional para reconocer el problema y buscar ayuda de forma diferente que otros subgrupos de niños/as, o a través del tiempo, con lo que se produciría un sesgo de selección.

En general, los resultados de este estudio confirman los de otros trabajos llevados a cabo en diferentes contextos. Al igual que en un estudio poblacional muy amplio del Reino Unido²³, las puntuaciones relacionadas con el déficit de atención/hiperactividad fueron más elevadas (peores) en los de menos edad y, en cambio, otros trastornos como el trastorno obsesivo compulsivo fue más prevalente en los mayores. En los de más edad y en las niñas las puntuaciones fueron más elevadas (peores) en los trastornos emocionales. En otro estudio reciente llevado a cabo en Alemania²⁴ y, dentro de este, en el subestudio BELLA²⁵ también se observaron diferencias de género en la salud mental, que se asoció a las puntuaciones totales del SDQ y a las dimensiones emocionales de conducta e hiperactividad. En este último trabajo, el 18,5% de los niños y de las niñas se clasificó como posible o probable caso. Si bien no fue un objetivo de nuestro estudio determinar la prevalencia de posibles o probables casos de problemas de salud mental, la

prevalencia de posibles y probables casos fue del 6,4% si se tienen en cuenta las normas de referencia de la población de Canarias²⁶ y fue del 13,7% según los valores de referencia de Reino Unido (o sea 14 o 17 en la escala de 0–40 de las dificultades totales), lo que sitúa en cualquier caso la frecuencia de problemas de salud mental infantil en Cataluña por debajo de la prevalencia de los países mencionados para los que existen datos similares²¹.

En el estudio BELLA mencionado anteriormente, al utilizar una categorización diferente del nivel socioeconómico, también se ha encontrado que el nivel socioeconómico presenta una fuerte asociación con las puntuaciones totales del SDQ, así como con todas las dimensiones, excepto en la conducta prosocial²¹. Actualmente es ampliamente aceptada la etiología multifactorial de los trastornos mentales en la infancia y en la adolescencia, como en la mayoría de los problemas de salud. Sin embargo, a algunos problemas, como el déficit de atención/hiperactividad o el trastorno obsesivo compulsivo, se les atribuye mayor preponderancia a los factores genéticos, neurobiológicos y del desarrollo cerebral²⁷, aunque no existe consenso general al respecto²⁸. Según los resultados del presente estudio, también se tendrían que tener en cuenta los factores ambientales, específicamente las condiciones de vida familiar y las desigualdades en salud mental, como modelo para profundizar en la investigación de los problemas de salud mental en la población infantil, así como en las posibles intervenciones dirigidas a su tratamiento. Como mínimo, los planificadores, los pediatras clínicos y los especialistas deberían tener en cuenta en la cadena causal los factores mediadores a nivel poblacional, que pueden tener una influencia tan importante como los factores individuales a la hora de implementar intervenciones a cualquier nivel. Por ejemplo, la salud mental de 160.000 niños y niñas de Cataluña podría mejorar lo que se considera una mínima diferencia importante en el SDQ (0,32 DE), si los niños/as de madres con nivel de estudios primarios tuvieran el nivel de salud mental de aquellos/as cuyas madres son de nivel universitario. El mecanismo por el que estos factores pueden influir en la salud mental infantil podría estar relacionado con la falta de recursos, tanto materiales como educacionales, y de apoyo social para lograr un crecimiento y desarrollo armónicos, sean estos factores de influencia directa o indirecta a través del estrés psicosocial parental y del entorno²⁹.

La continuidad del uso del SDQ en la población infantil catalana permitirá monitorizar en el tiempo la salud mental infantil y representa la incorporación de la medida de la salud mental infantil como herramienta útil para la planificación de los servicios sanitarios dirigidos a esta población. Los resultados del presente estudio tienen una utilidad potencial en la monitorización de la salud mental infantil en Cataluña, así como para establecer comparaciones con subgrupos poblacionales en otros tipos de estudios.

En conclusión, el estudio presente muestra los factores socioeconómicos y psicosociales asociados a la salud mental infantil. Los niños y las niñas de familias con nivel socioeconómico menos favorecido y de familias monoparentales se encuentran en riesgo de presentar peor salud mental. El estudio aporta información útil para la monitorización y el abordaje de los problemas de salud mental infantil.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Wille N, Bullinger M, the BELLA study group. Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:148–56.
2. Melfer ML. Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:226–36.
3. American Psychiatric Association (APA) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV), 4th ed. Washington, DC (US): American Psychiatric Publishing, Inc; 1994.
4. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1337–45.
5. Pardo Cladellas Y. El desenvolupament de la personalitat psicopàtica: pràctiques educatives parentals i altres variables familiars. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2007.
6. Rescorla L, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75:351–8.
7. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. Londres: Stationary Office; 2000.
8. Maughan B, Collishaw S, Meltzer H, Goodman R. Recent trends in UK child and adolescent mental health. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2008;48:305–10.
9. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 1998;155:715–25.
10. Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:371–99.
11. Curtis LJ, Dooley MD, Lipman EL, Feeny DH. The role of permanent income and family structure in the determination of child health in Canada. *Health Econ*. 2001;10:287–302.
12. Dooley M, Stewart J. Family income, parenting styles and child behavioural-emotional outcomes. *Health Econ*. 2007;16:145–62.
13. Ravens-Sieberer U, Erhart M, Gosch A, Wille N. Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clin Psychol Psychot*. 2008; 15:154–63.
14. Departament de Salut. Els catalans parlen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Enquesta de salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació; 2009.
15. Departament de Salut. La salut de la població infantil a Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació; 2009.
16. SDQ-information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. 2001 [consultado 11/3/2009]. Disponible en: <http://www.sdqinfo.com>.
17. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*. 2000;25:350–63.
18. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria*. 1989;320–6.
19. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000;177:534–9.

20. Rothenberger A, Woerner W. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)- Evaluations and applications. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;12:ii1-2.
21. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U, the BELLA study. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:133-47.
22. Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, Vermeire C, HIS/HES group. Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *Eur J Public Health*. 2003;13:67-72.
23. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Int rev Psychiatry*. 2003;178-84.
24. Hölling H, Kurth BM, Becker A, Schalck R. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: Results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:34-41.
25. Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: Results of the BELLA study within the national health interview and examination survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:22-33.
26. Rodríguez-Hernández PJ. Trastornos psiquiátricos infantiles de etiología neurobiológica y su despistaje en atención primaria. *Bol Soc Canaria Pediatr*. 2006;1:9-18.
27. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *JAMA*. 2002;288:1740-8.
28. Tizón-García JL. El niño hiperactivo y su "síndrome": ¿mito, realidad, medicación? *FMC* 2006;13:1-4.
29. Victorino CC, Gauthier AH. The social determinants of child health: Variations across health outcomes – a population-based cross-sectional analysis. *BMC Pediatrics*. 2009;9:53.