

«LA SALUD MENTAL EN LOS RECONOCIMIENTOS ESCOLARES»

V. APARICIO BASAURI *
D. APARICIO TELLERIA **
A. IBEAS ELORZA **
A. OLIVAN PLAZAOLA **
R. TREVIÑO ORUETA **

INTRODUCCION

El presente estudio analiza el abordaje de los temas de salud mental en los denominados «reconocimientos escolares». Estos pueden ser considerados como unos instrumentos de marcado carácter preventivo (prevención secundaria) dentro de la sanidad escolar, parcela importante de la salud pública. Bajo este prisma, los límites de nuestro trabajo están en señalar la metodología para ese abordaje, así como analizar los resultados que con ella se obtienen. La utilidad de estos últimos estriba en su aportación para conocer el estado de salud de la población escolarizada, como datos para la detección precoz de alteraciones mentales y para el inicio de una actuación preventiva sobre los sujetos con importantes «factores de

riesgo». Es lógico pensar, y deseamos recalcarlo, que este estudio abarca sólo un aspecto parcial del ámbito global de la «salud mental en el medio escolar».

Los datos que dan base al estudio pertenecen a dos experiencias diferentes, en el tiempo de realización y en las características demográficas de las zonas objeto de estudio. La primera, cronológicamente, se realizó en el área de Talavera de la Reina en el curso 78-79 (1). El área se caracteriza por la importancia del medio rural, la escasa industrialización y el ser fuente importante de población emigrante. La segunda corresponde al último año escolar (81-82), y se centró en el eje San Sebastián-Irún. Las características de esta zona de la provincia de Guipúzcoa son el polo opuesto a las del área de Talavera; urbanización importante, fuerte industrialización y zona receptora de un gran número de inmigrantes. Ambas se realizaron por profesionales de la salud mental en coordinación con otros equipos de sanidad escolar que centraban su trabajo en el

I JORNADAS DE MEDICINA COMUNITARIA
Madrid, 7-8-9 octubre.

(*) Director, Centro de Salud Mental. San Sebastián.
(**) Psicólogos de Salud Escolar. Guipúzcoa.

Nuestro agradecimiento al Dr. Bengoa (S. Escolar) y al Dr. Aya Goñi (vicec. S. Pública) por la puesta en marcha del Programa de S. Escolar de Euskadi.

Asimismo a Marina del Cerro y Lourdes Martín (Aux. de Psiquiatría) por la recogida de datos en la experiencia de Talavera de la Reina.

(1) En esta experiencia participó uno de los autores (V. Aparicio)

examen de la salud física de los escolares, así como en las condiciones sanitarias de las escuelas. Por último debemos añadir que la experiencia de Guipúzcoa pertenece al programa de sanidad escolar, que bajo la dirección de la Viceconsejería de Salud Pública del Gobierno Vasco, se ha desarrollado en Euskadi (2).

RECONOCIMIENTOS ESCOLARES

La importancia de realizar exámenes de salud periódicos a la población escolar ha sido resaltada por diversos autores (GOLDENBERG (3), CAPLAN (4)) como medio eficaz para la detección precoz de enfermedades. Además este tipo de población, la escolar, reúne una serie de condiciones que refuerzan la importancia de esos exámenes. En un sentido se trata de sujetos muy jóvenes, susceptibles de una actuación eficaz sobre los factores de riesgo con entidad en el conjunto etiológico multifactorial de las enfermedades denominadas «crónicas» (5), es decir, aquéllas que hoy ocupan los primeros lugares de las listas de morbilidad de los países desarrollados. El otro aspecto viene determinado por la actual escolarización obligatoria, pues da un sentido de gran rentabilidad a este tipo de exámenes al posibilitar, sin métodos complicados, el reconocimiento de generaciones completas de niños.

En España, la inspección médica escolar nace en 1904 cuando se señala que los inspectores municipales de sanidad visitasen mensualmente las escuelas (6). Hoy, según un decreto de 1978, cada centro docente debería disponer de un servicio primario de Medicina e Higiene escolar (7). Sin embargo, la práctica ha demostrado que estas legislaciones han sido frecuentemente ignoradas por la propia administración sanitaria. Actualmente se abren nuevas perspectivas legislativas y organizativas, al asumir las comunidades autónomas competencias en ese tema. Como ejemplo podemos citar la ley de salud escolar (1982) aprobada por el parlamento vasco (8).

El panorama actual de la organización de la sanidad escolar, a nivel del estado, sigue la orientación de centrar el peso de estas funciones en el nivel de atención primaria de salud, básicamente en el conjunto de los médicos titulares. Los equipos específicos de sanidad escolar de las direcciones de salud tienen como funciones la coordinación, evaluación y apoyo técnico de los programas a desarrollar. Sin embargo, la tónica general viene dada por la escasa entidad de estos equipos, en concreto están infradotados de personal y tienen poca capacidad operativa. Las últimas experiencias, en el nivel organizativo, tratan de potenciar los equipos de sanidad escolar, aumentándolos numéricamente

(2) El Parlamento Vasco aprobó, con fecha 30 de junio de 1982, la ley de «Salud escolar».

(3) A. Sonis y colb. Medicina Sanitaria y Administración de Salud. 2.ª Ed. 1976. Ed. Ateneo.

(4) G. Caplan. Principios de psiquiatría preventiva, 1966. Ed. Paidós.

(5) Manual de exámenes de Salud escolar. 1981 Ed. Gobierno Vasco.

(6) Palanca... Orientaciones actuales en Sanidad pública, pág. 521 1947 Madrid.

(7) Tribuna Médica, n.º 897 Pág. 8. 1981

(8) Para el Curso Escolar 82-83, se han contratado a 128 personas para el desarrollo del programa de Salud Escolar en la Comunidad autónoma Vasca. De ese conjunto 12 son psicólogos (2 Alava-4 Guipúzcoa-6 Vizcaya)

y diversificando su composición (Médico-ATS-Higienista dental-Auxiliar-psicólogo), además se tiende a una mejor distribución territorial ubicándolos, no sólo en la capital de la provincia, sino también en cabeceras

de comarca. La comarcalización o sectorización de los programas favorece un mayor acercamiento a la comunidad y una mejor coordinación con el nivel de atención primaria de salud.

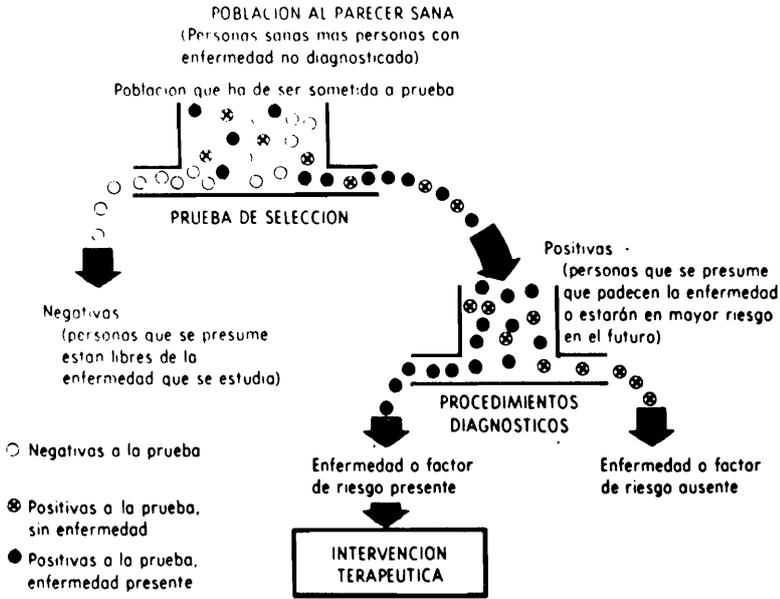


Fig. 1. Diagrama de selección en masa (MAUSNER Y BAHN)

METODOLOGIA

El método elegido por nosotros, al igual que cualquier examen colectivo de salud, se compone de dos fases bien definidas, la de cribaje y la de diagnóstico (fig. 1).

La fase de cribaje sirve para seleccionar del conjunto de sujetos, aquellos «sospechosos» de enfermedad o con «factores de riesgo». Entendiendo por selección, «la identificación presuntiva de enfermedad o defecto no reconocido mediante la aplicación de pruebas, exámenes u otros procedi-

mientos que pueden ser aplicados rápidamente para distinguir a personas aparentemente sanas que probablemente tienen una enfermedad de las que probablemente no la tienen. Una prueba de selección no se dirige al diagnóstico». (Comisión sobre enfermedades crónicas. 1957.) (9) Para esta selección el procedimiento utilizado fue un cuestionario sencillo (fig. 2) que se pasaba al maestro. Se pedía que señalara los niños que

(9) Mausner y Bahn. Epidemiología, pág. 223. 1977. Ed. Interamericana.

mostraban una conducta o signos «sospechosos» de alteración a nivel de la salud mental, y que marcara las funciones donde presentaban perturbación.

CUESTIONARIO

NOMBRE
 EDAD.....FECHA NAC.....
 CURSO.....
 COLEGIO
 DOMICILIO
 TEL.....POBLACION.....

1. ¿Tiene algún problema relacionado con la Salud Mental?
2. Detallar las áreas en las que presenta alguna alteración.

- a) lenguaje (tartamudez, dislexia, dislalia, disortografía, afasia
- b) esfínteres (enuresis, encopresis,.....)
- c) aprendizaje (retraso escolar,..)
- d) motricidad (tics, automatismo, temblor, hiperactividad,
- e) conducta (rebeldía, inhibición, distimias,
- f) otros (sueño, alimentación, sexualidad,.....)

3. ¿Está bajo tratamiento médico por este problema? SI NO.

4. ¿Qué tipo de tratamiento?

 ¿Dónde?

5. Resumen de la ficha médica,
 — informe médico
 — observación padres

EXAMEN POSTERIOR: SI NO
 FECHA:

La elección de este método, maestro-cuestionario, ya ha sido utilizado por otros autores (CONNERS (10), RUTTER (11), MACMILLAN y col. (12). El maestro suele poseer una buena información sobre los niños, recibida de los contactos mantenidos con los padres y de la observación diaria de sus alumnos.

La razón de no utilizar test de aplicación colectiva obedece a que, a pesar de su especificidad, suelen dar datos de parcelas determinadas del niño sin valoraciones globales del mismo. A nuestro entender es preferible la utilización de los test en la fase diagnóstica, junto a otros procedimientos, sobre todo porque en esta fase el examen es individualizado.

La 2.^a fase, la de diagnóstico, iba dirigida a discriminar los «sospechosos positivos» de los «sospechosos negativos». Esta fase se realizaba de forma individual, con un examen en profundidad del niño y una entrevista familiar para realizar una historia. Su realización corría a cargo de un equipo de psicólogos.

Con frecuencia se ven experiencias que reducen las dos fases citadas a una sola de tipo cribaje, más complicada y perfeccionada. Esta postura puede ser criticable. La razón estriba en que en el método de dos fases, la de cribaje (sencilla) se pasa a toda la población, mientras que la de diagnóstico (complicada) sólo a una parte

(10) Connors, C.K.A. teacher rating scale for use in drug studies with children. American Journal of psychiatry, 1969, págs. 126, 152-156.

(11) Rutter, A. children's behaviour questionnaire for completion by teacher; preliminary findings. J. Child Psychol. Psychiat. Vol. 81967 págs. 1-11.

(12) MacMillan,.... A multiple criterion creen for identifying secondary school children with psychiatric disorder. Psychol. Medic., 1980. 10, págs. 265-276.

Fig. 2. Cuestionario de maestros.

de la misma (normalmente 1/5). Con el método de una sola fase de cribaje-diagnóstico sometemos a gran parte de la población a exploraciones innecesarias, y alargamos de tal manera el proceso que puede llegar a ser poco rentable y eficaz. Estas cuestiones, según un comité de expertos de la OMS (14), deben valorarse a la hora de elegir un plan de actuación preventiva.

FASE PREVIA Y FASE DE ORIENTACION O DERIVACION TERAPEUTICA

Estas fases se describen ahora por no ser desarrolladas específicamente por el equipo de psicología escolar. La fase previa era anterior a la fase de cribaje y en ella un equipo médico realizaba la detección de los problemas en el ámbito de la salud física. El interés de esta fase estaba en descartar, previamente, todos los problemas orgánicos que podían entrecruzarse con aspectos de salud mental. En concreto interesaban los resultados de las exploraciones sensoriales. Estos fueron: un 13,04% de niños con dificultades en la visión y un 4,1% en la audición (15).

La fase de orientación o derivación terapéutica era posterior a la de diagnóstico. Pensamos que un reconocimiento escolar no puede finalizar en la información diagnóstica a la familia, es necesario que ésta sea orientada a los instrumentos terapéu-

ticos existentes y que se le posibilite el acceso a los mismos.

«Para ser operativa, la detección precoz necesita ser acompañada de derivaciones inmediatas» (GOLDENBERG y LUBCHANSKY) (16). Asimismo trasladábamos nuestras impresiones al maestro, con la idea de que él también fuera un agente terapéutico al desarrollar su función educativa con los niños que presentaban algún tipo de alteración. Partíamos del principio de evitar, en lo posible, la vehiculización de estos niños a instituciones especiales.

LA POBLACION

La población elegida fue la de 1.º de EGB, es decir, aquella que accedía por primera vez a la escuela. La edad media fue la de 6 años. A esta edad, en terminología psicodinámica, el niño se encuentra en una fase «de disolución del complejo de Edipo y de formación del superyo» (DIATKINE, DECOBERT) (17). Además se encuentra en un lugar que va a ocupar gran parte de su tiempo, en donde aprende cosas sin conocer su utilidad, y donde todo esto lo vive en relación al deseo de sus padres, (DOUCHÉ) (18). Bajo esta perspectiva se ha dicho «que con frecuencia resulta imposible, en el caso de los niños, hacer una distinción tajante entre trastorno mental y trastorno del desarrollo psicosocial» (19). «Los problemas de la salud

(16) Sonis. Medicina Sanitaria y administración de salud. 2.ª Ed. 1976. Ed. Ateneo.

(17) Diatkine y Decobert. Hygiène mentale de l'âge scolaire. EMC. 37960 D10. 1967.

(18) Duché. La psychiatrie de l'enfant. PUF. 1978.

(19) (20) Salud mental y desarrollo psicosocial del niño. 17.º informe del comité de expertos en Salud Mental. págs. 11-12. OMS. 1976. Ginebra.

(14) Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño 17.º informe del comité de expertos de la OMS en Salud Mental, págs. 33-34, 1976. Ginebra.

(15) Memoria equipo de Sanidad escolar. Guipúzcoa, 1982.

mental en la infancia presentan dos características importantes, a saber, que en la mayoría constituyen desviaciones cuantitativas del desarrollo sano o normal, y que muchas de sus

manifestaciones pueden interpretarse como reacciones frente a situaciones específicas» (20). Todo esto subraya las dificultades presentes en un reconocimiento escolar.

PORCENTAJES DE DETECTADOS

METODO A	METODO B	METODO C	METODO D
Equipo S. física	Equipo S. física	Psicólogo cuestionario	Psicólogo test colectivo
3,50%	2,83%	18,85%	40,8%

Fig. 3. Resultados con distintos métodos de detección (área Talavera).

RESULTADOS

1. *Fase de cribaje*: nos interesaba conocer dos tipos de datos: el tiempo de realización de la fase, y sobre todo el número o porcentaje de sujetos detectados como «sospechosos». En cuanto al tiempo se comprobó que se utilizaban 60 a 90 minutos para la reunión general del claustro, en la que se explicaba el contenido general del programa (21), y un tiempo igual para la recogida de los datos del cuestionario en cada aula. Si tenemos en cuenta que el número de aulas de 1.º de EGB, por escuela, oscila entre 1 y 3 se puede afirmar que los límites mínimo y máximo, en tiempo de realización, están entre 2 y 6 horas.

Al iniciar el estudio manteníamos la hipótesis, para evaluar la fiabilidad del método, de que el porcentaje de detectados no debía alejarse significativamente de las tasas de prevalencia de trastornos mentales en la in-

fancia. Estas tasas oscilan, según la OMS (22), en los países desarrollados entre el 5% y el 15%. Con estos datos, un «buen» porcentaje de sujetos detectados debería situarse en el intervalo de 5 a 15% o algo superior al 15%, dado que entre los detectados iba a existir un pequeño grupo de «sospechosos negativos» o «sin alteraciones». Al final tuvimos un 19,6% de detectados, en Guipúzcoa, sobre una población de 1.190 niños y un 18,85% en Talavera, sobre una población de 1.256 niños. Ambas cifras no presentaban, desde un punto de vista estadístico, una diferencia significativa con la tasa máxima del 15%.

Además hemos comparado (fig. 3) los resultados obtenidos con diferentes métodos en el área de Talavera. Los métodos A y B corresponden a exámenes realizados por equipos médicos de salud física que recogían los datos de «sospecha de enfermedad mental» bajo el capítulo de «sistema

(21) La información a los padres era transmitida por el profesorado.

(22) Opus citada en (19), pág. 13.

nervioso central» o de «observaciones». El método C corresponde al de este estudio y el D es mediante la aplicación de Test colectivos. Las diferencias entre los tres grupos (A y B forman un grupo) sí que son significativas estadísticamente. Llama la atención el alto porcentaje del método D.

2. *Fase de diagnóstico:* esta fase, al igual que la siguiente, era voluntaria, y por tanto se respetaba a las familias que no deseaban acudir a las entrevistas y exámenes previstos. El porcentaje de sujetos que no finalizó esta fase fue de 21% en Guipúzcoa y 17% en Talavera. Si a estas cifras sumamos las de los sujetos que con anterioridad al examen ya estaban bajo tratamiento, los porcentajes de

niños que no finalizaban esta fase ascendían a un 30% en Guipúzcoa y un 31% en Talavera.

El tiempo medio utilizado por caso fue de 7 horas, y los resultados se dieron siguiendo la clasificación de la OMS.

Los resultados de Talavera (fig. 4) se compararon con los de una consulta de psiquiatría infantil del mismo área. Se comprobó que los diagnósticos de entidades o funciones con fuerte impacto pedagógico (lenguaje, oligofrenia, aprendizaje) cobraban gran relevancia en el examen escolar (77,66%) en comparación con la consulta (27,17%). Sin embargo con los trastornos de los esfínteres y de la conducta la valoración era a la inversa. En cambio en el examen de Guipúz-

SANIDAD ESCOLAR - CURSO: 78-79

Examen de salud mental

Diagnósticos	Rural	Urbano	total	%
Lenguaje	16	21	37	33,03
Disf. cerebral min.	—	1	1	0,89
Sueño	1	1	2	1,78
Esfínteres	5	2	7	6,25
Conducta	2	2	4	3,57
Oligofrenia	30	15	45	40,17
Epilepsia	3	2	5	4,46
Afectividad	1	1	2	1,78
Percepción	1	1	2	1,78
Aprendizaje	3	2	5	4,46
Sin alter.	1	1	2	1,78
	63	49	112	

Fig. 4 Comparación de resultados

CONSULTA DE PSIQUIATRIA INFANTIL

1-1-80 a 13-7-80

Diagnósticos		casos	%
306-0	Lenguaje	8	7,76
306-1			
306-2	Psicomotor	3	2,91
306-3			
306-4			
306-6	Esfínteres	23	22,33
306-7			
308-1	Conducta	9	8,73
310	Oligofrenia	20	19,41
315			
345	Epilepsia	3	2,91
307	Inadaptación	6	5,82
308-2	Mixtas	5	4,85
308-3	Hiperquinesia	2	1,94
308-4	Terrores noctur.	5	4,85
308-0	Autismo	2	1,94
301	Personalidad	2	1,94
300	Neurosis	1	0,97
295	Esquizofrenia	1	0,97
	Neurológico	1	0,97
	Orgánico	1	0,97
	Nada	9	8,73
	Sin identificar	1	0,97

Fig. 4 Comparación de resultados (*continuación*)

coa (23) posterior en el tiempo, se había corregido algo «esa desviación» pedagógica (fig. 5).

(23) Los resultados de Guipúzcoa no se han expresado en un diagnóstico por caso, sino que se señalan todas las funciones donde se encontró perturbación. Asimismo los sujetos con problemas del aprendizaje con un CI. entre 85 y 70 se les incluye en el apartado de aprendizaje, mientras que en los resultados de Talavera están en el apartado de retraso mental u oligofrenia (como retrasos mentales liminares).

3. Fase de orientación terapéutica: la orientación terapéutica que se dio a los que finalizaron todas las pruebas fue: un 56,33% reeducación logopédica o psicomotricidad, un 38,02% psicoterapia, un 3,52% derivación a un Centro de educación especial y un 2,11% a neurólogo u otras especialidades. Sin embargo, dada la escasez de este tipo de servicios en Guipúzcoa, sólo un 23,4% de esa población

**SANIDAD ESCOLAR CURSO 81-82
EXAMEN DE SALUD MENTAL-GUIPUZCOA**

Diagnósticos	Total	%
Lenguaje	40	13,28
Sueño	7	2,32
Esfínteres	56	18,60
Conducta	29	9,63
Retraso mental	23	7,64
Epilepsia	1	0,33
Afectividad	53	17,60
S. Hiperkinético	2	0,66
Aprendizaje	78	25,91
E. Neurológico	2	0,66
T. Psicossomáticos	1	0,33
Sin alteraciones	9	2,99

Fig. 5. Resultados examen de Guipúzcoa.

tuvo una derivación inmediata. Debemos añadir que también se orientó a 7 adultos pertenecientes a grupos familiares de niños detectados.

CONCLUSIONES

1. El método de dos fases, cribaje-diagnóstico, resulta de fácil aplicación y da un porcentaje de detectados cercano a las tasas de prevalencia de trastornos mentales en la infancia, lo que demuestra su validez.

2. Los resultados denotaban, con respecto a una consulta de psiquiatría infantil, una «sobrecarga» de entidades o funciones (lenguaje, aprendiza-

je, retraso mental) con fuerte incidencia en los aspectos pedagógicos. Pensamos, como hipótesis, que la razón puede estar en haber centrado la recogida de datos, exclusivamente, en el maestro. Para próximos reconocimientos creemos conveniente recoger en el cuestionario, además de los datos del maestro, la información de los padres.

3. La composición del equipo se consideró incompleta para este programa. Se discutió la necesidad de incorporar asistentes sociales que completaran los aspectos sociales del programa.

4. Al observar los diagnósticos finales reflexionamos sobre la necesidad de realizar un seguimiento, du-

rante la etapa de EGB, del grupo de niños de «alto riesgo» (24).

5. La fase de orientación terapéutica mostró una situación peculiar. El maestro y los padres solían estar de acuerdo en la valoración diagnóstica del niño, pero mostraban, con frecuencia, posiciones encontradas en cuanto a las decisiones que se podían derivar de esa valoración. Apiciábamos intereses diferentes, respecto al niño, entre el educador y la familia. Ambas partes solían intentar que el equipo de psicólogos reforzara su respectiva postura.

6. El bajo porcentaje de casos (23,48%) que pudo ser derivado a servicios específicos de salud mental demostró, una vez más, la dotación tan escasa de este tipo de servicios.

7. Parece imprescindible señalar que el maestro puede, si lo desea, tener un rol terapéutico en el desempeño de su función educativa, con los niños que presentan problemas mentales. Un método para complementar ese rol es, por otras experiencias (25), el de los grupos «Balint».

(24) Ver el trabajo de C. Rojero y B. Olaberría. «Un programa de prevención primaria precoz en Salud Mental». Revista de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría. Año II, n.º 3. 1982.

(25) B. Carmer, ... Programmes de prevention dans un service de guidance pour enfants préscolaires, Acta paedopsychiat. 43, 85-100. 1978.