

# Informes

---

## La detección de trastornos mentales en la infancia en atención primaria en varios países en desarrollo \*

---

## The detection of childhood mental disorders in primary care in some developing countries

---

R. GIEL <sup>1</sup>; T. W. HARDING <sup>2</sup>; G. H. M. M. TEN HORN <sup>1</sup>;  
L. LADRIDO-IGNACIO <sup>3</sup>; R. SRINIVASA MURTHY <sup>4</sup>;  
A. O. SIRAG <sup>5</sup>; M. A. SULEIMAN <sup>5</sup>, y N. N. WIG <sup>6</sup>

---

### RESUMEN

*Los autores resaltan la importancia creciente de la detección e intervención precoz en los trastornos mentales. La investigación se desarrolla por varios departamentos universitarios de forma colaboradora con la OMS. Es un estudio de screening en doble fase, donde se exponen los resultados comparados para valorar la fiabilidad como instrumento del Reporting Questionnaire for Children (RQC), exponen la metodología de la investigación y el trabajo desarrollado por la atención primaria y su resultado comparado con los psiquiatras.*

### SUMMARY

*The authors expose the results of collaborative study for the detection of childhood mental disorders in primary care in some developing countries. The screening use for the first stage the Reporting Questionnaire for Children (RQC), also the methodological aspects and training programmes for the primary health workers.*

### PALABRAS CLAVE

*Screening. Atención primaria. Salud mental infantil.*

### KEY WORDS

*Screening. Primary care. Childhood mental health.*

---

### INTRODUCCION

Hoy en día muchos curriculum médicos de pregrado y graduado incluyen nociones de psiquiatría. Esto parece apropiado, ya que la atención de salud mental debe estar integrada en la atención primaria, como se encuentran la medicina

(\*) Traducción por gentileza de los autores y de Ed. El Sevier. Handbook of Social Psychiatry, Henderson/Burrows (eds.).

(Traducción Dres. B. Sánchez Gimeno y J. L. Pedreira Massa.)

<sup>1</sup> Department of Social Psychiatry of Groningen.

<sup>2</sup> Institute of Legal Medicine, Geneva, WHO.

<sup>3</sup> Department of Psychiatry, University of the Philippines.

<sup>4</sup> Department of Psychiatry, National Institute Mental Health, Bangalore.

<sup>5</sup> Department of Psychiatry, University of Khartoum.

<sup>6</sup> Regional Office Eastern Mediterranean World Health, Alexandria.

interna y la cirugía. El aprendizaje debe incluir el reconocimiento de los trastornos más comunes y su manejo inmediato. Sin embargo, un hallazgo universal, especialmente en los países en desarrollo, es la carencia de cuidados de salud mental en atención primaria. El desarrollo de técnicas avanzadas fiables para la detección de casos (GOLDBERG, 1974) ha mostrado en diversos estudios que los trastornos psiquiátricos no psicóticos son una de las razones más frecuentes por las que se consulta al médico. GOLDBERG y BLACKWELL (1970) hallaron que la prevalencia de "morbilidad psiquiátrica evidente" en la medicina general en Londres era del 20 por 100. Se han descrito hallazgos similares en otros países industrializados (GIEL y LE NOBEL, 1971).

En los países en desarrollo, la atención primaria es muy diferente, basándose más en trabajadores sociales entrenados comunitariamente y la incidencia y prevalencia de condiciones como la malnutrición e infecciones es mucho mayor. Así, sería razonable asumir que en estas condiciones habría menos pacientes con trastorno mental que pudieran acudir a un dispositivo de atención primaria, y que aquellos que lo hicieran serían numéricamente ensombrecidos por trastornos físicos comunes. Pero hay evidencia que la tasa de trastornos mentales vistos en atención primaria puede ser, de hecho, de la misma magnitud en los países en desarrollo que en cualquier parte (GIEL y VAN LUIJK, 1969; MBANEFO, 1971; HARDING, 1973, NDETEI, y MUHANGI, 1979). Más apoyo para esta tesis viene dado por estudios de trastornos mentales en el nivel secundario de cuidados de salud, en clínicas y hospitales (HOLMES y SPEIGHT, 1975, y P. J. McEVOY y H. F. McEVOY, 1976).

La información sobre trastornos mentales en la infancia en los países en desarrollo es muy dispersa. Estudios comunitarios en Etiopía revelaron tasas

de prevalencia de 3-4 por 100 en niños menores de nueve años, y 6-10 por 100 en niños entre 10 y 19 años. Estos casos incluían enuresis, epilepsia combinada con trastornos del comportamiento, trastorno psicósomático, trastorno del comportamiento, psicosis y retraso mental. BAASHER y CEDERBLAD (1968) estudiaron diversos pueblos en Sudán. En una muestra de la comunidad de 1.716 niños entre tres y 15 años, 63 por 100 aparecía como totalmente libre de síntomas, 8 por 100 tenía ligeros, 20 por 100 moderados y 8 por 100 síntomas graves. Los síntomas del último grupo eran de tal gravedad que estaba justificado plenamente el tratamiento inmediato. Pero se desconoce cuántos de estos niños son llevados alguna vez a un dispositivo de salud.

En este artículo describimos un estudio en el que diversos niños atendidos en dispositivos de cuidados primarios en áreas definidas de tres países en desarrollo para detectar la presencia de trastornos mentales y simultáneamente se obtuvo información sobre el diagnóstico comportamental de los trabajadores sociales (GIEL y col., 1981a).

El estudio de colaboración de la OMS sobre "Estrategias para extender los cuidados de salud mental" (HARDING, 1978; OMS, 1979) se orientó hacia el desarrollo y evaluación de métodos de bajo costo para cuidados de salud mental como parte integral de servicios generales de salud. Después de completarse las líneas base de observación, los trabajadores de salud en cada una de las áreas de estudio recibieron un entrenamiento breve, orientado hacia la tarea de detección y manejo de un número limitado de trastornos mentales prioritarios. Las tres áreas de estudio sobre las que se ofrecen los resultados en este artículo son Raipur Rani, un área rural en el Estado de Haryana, India; Shagara Jebel Awlia, un área rural cerca de Jartum, Sudán; y Sampaloc,

un área densamente poblada en la parte noreste de Manila, Filipinas. En la Tabla 1 se reseña más información sobre las áreas, en las que aproximadamente el 50 por 100 de la población tiene me-

nos de 15 años. En las tres áreas los principales problemas de salud en la infancia son las infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas y malnutrición.

TABLA 1  
Datos sociodemográficos de las tres áreas de estudio

	Raipur Rani (India)	Shagara Jebel Awlia (Sudán)	Sampaloc (Filipinas)
Superficie (km <sup>2</sup> ) .....	400	280	0,73
Población .....	64.642 (1976)	58.655 (1975)	73.388 (1975)
Población (km) .....	162	209	103,271
Tasa de alfabetismo adulto .....	23 %	40 %	90 %
Tiempo por carretera al Hospital General más cercano ..	2 horas	40 minutos	30 minutos
Dispositivos de salud .....	1 Centro de salud 5 Dispensarios 6 Subcentros	3 Centros de salud 10 Dispensarios	3 Centros de salud 1 Hospital General

### “SCREENING” DE POBLACIONES GENERALES DE PACIENTES EXTERNOS

Antes de empezar el “screening” de los niños, los investigadores listaron todos los dispositivos de salud en las áreas de estudio, incluyendo detalles de clínicas (listas diarias y horas) y el promedio de personas que acudían a cada clínica por semana. Se examinó un total de 150-250 niños en edades comprendidas entre los 5 y 15 años por 50.000 habitantes en cada área. La cuota para “screening” en cada clínica fue proporcional a las tasas de atención semanales. Se incluyó cualquier niño que acudiera o fuera llevado a la clínica para cuidados de salud de cualquier índole, ya fuera que acudiera por un episodio nuevo o una revisión. Sin embargo, los niños que acudieron a un dispositivo de salud más de una vez mientras duró el “screening” no se contabilizaron dos veces.

El “screening” se desarrolló en dos fases. El primer “screening” consistió en 10 preguntas al adulto que acompañaba al niño (generalmente la madre). El propósito era detectar “casos potenciales” y esta fase fue llevada a cabo

por un sociólogo, un trabajador social o un psicólogo (India); estudiantes de medicina (Sudán); o un investigador (Filipinas). Los trabajadores en la investigación recibieron entrenamiento y experiencia práctica en los procesos de “screening” antes de comenzar el trabajo de investigación. La segunda fase fue desarrollada por psiquiatras expertos en psiquiatría infantil. El método de escala diagnóstica empleado fue el mismo que RUTTER y cols. (1975), independientemente, demostraron que tenía altos niveles de fiabilidad. Se fue capaz de llevar a cabo tests limitados de fiabilidad en ejercicios diagnósticos realizados en encuentros de investigadores. Así se demostraron altos niveles de fiabilidad en definir los casos, pero menores en la aplicación de etiquetas diagnósticas específicas (GIEL y cols., 1981b). Más aún, en el tema de la fiabilidad, no se inició este trabajo ni para evaluar la práctica diagnóstica en diferentes países ni para establecer estándares diagnósticos internacionales. El estudio estaba orientado hacia la práctica y así pareció apropiado aceptar los juicios de los psiquiatras infantiles locales, incluso si esto hacía poco fiable

el estudio entre áreas. Bajo nuestro punto de vista, la elección del método y la verificación de fiabilidad limitada fueron suficientes para asegurar la confianza en las estimaciones de la frecuencia media de trastornos psiquiátricos infantiles, que era nuestro principal interés.

El investigador preguntaba primero al adulto acompañante del niño por información socio-demográfica y después que respondiera "sí" o "no" a 10 preguntas estándares que se leían en voz alta. Esta "primera etapa" del "screening" es el Reporting Questionnaire for Children (RQC). Sus ítems son:

- 1) ¿Hay alguna anomalía en el lenguaje del niño?
- 2) ¿Duerme el niño mal?
- 3) ¿Ha tenido el niño, alguna vez, una convulsión o caída al suelo sin motivo?
- 4) ¿Sufre el niño dolores de cabeza con frecuencia?
- 5) ¿Se escapa el niño de casa con frecuencia?
- 6) ¿Roba el niño cosas de casa?
- 7) ¿Se pone el niño asustado o nervioso sin motivo?
- 8) ¿Está el niño retrasado de alguna manera o es lento para aprender en relación con niños de su misma edad?
- 9) ¿El niño casi nunca juega con otros niños?
- 10) ¿Se hace pis o caca el niño?

Estas preguntas fueron seleccionadas por un proceso de: a) examen de la literatura relevante (pero limitada) (BAA-SHER y CEDERBLAD, 1968; GIEL y VAN LUIJK, 1970; RUTTER y cols, 1970), y b) discusión entre los equipos colaboradores en cuanto a la relevancia de los ítems en encuadres de atención primaria. El propósito fundamental fue que las preguntas no fueran ambiguas, fáciles de preguntar, fáciles de responder, y relacionadas con comportamientos reconocibles y experiencias del niño.

El entrevistador tenía primero que confirmar si la pregunta había sido aparentemente entendida. Si el adulto acompañante respondía entonces negativamente, se anotaba una respuesta "no". Si la reacción inicial era positiva o dudosa, el entrevistador probaba otra vez antes de tomar la decisión final de "sí" o "no", siguiendo las instrucciones para cada ítem que daban los criterios para la inclusión o exclusión de un síntoma o signo.

El método de validación fue similar al usado para un instrumento de "screening" para detectar casos psiquiátricos adultos, que se desarrolló como parte del mismo estudio en colaboración (HARDING y cols., 1980). Brevemente, las estimaciones de sensibilidad y especificidad se realizaron comparando las puntuaciones de niños en dos grupos. El primer grupo (casos) incluyó aquellos en los que el trastorno psiquiátrico, problema emocional, y/o retraso mental fue confirmado en otro examen por un psiquiatra. El segundo grupo incluía aquellos niños examinados por un psiquiatra (en la segunda fase del "screening") que no confirmó la presencia de trastorno psiquiátrico, problemas emocionales, y/o retraso mental, junto con niños entresacados de una escuela primaria local cuyos profesores juzgaron como normales en comportamientos e inteligencia. Los datos del tamaño de las dos muestras y de la validez del RQC (su sensibilidad y especificidad como instrumento de "screening") se resumen en la Tabla 2.

Después que el entrevistador completaba el RQC, el niño era visto y examinado, siguiendo la práctica habitual, por el médico normalmente responsable de la atención primaria (no un miembro del equipo de investigación). Inmediatamente después de la consulta; se demandaba a este médico que comentara cada niño de la muestra de la siguiente manera: "pienso que este paciente tiene: a) un problema físico sólo; b) un pro-

TABLA 2

**Sensibilidad y especificidad (%) del Reporting Questionnaire for Children (RQC)  
(Punto de corte 0/1)**

	Raipur Rani (India)	Shagara Jebel Awlia (Sudán)	Sampaloc (Filipinas)
Sensibilidad .....	97,1	89,7	100
Tamaño de la muestra ("Cases") .....	34	29	36
Especificidad .....	78,6	95,8	69,7
Tamaño de la muestra ("Personas normales") .....	112	120	142

blema mental sólo; c) un problema físico y mental de cualquier tipo, y d) no puedo hacer una estimación". El médico, cuando hacía estos juicios, ignoraba las respuestas del RQC y se le decía que no se saliera de su práctica clínica normal más que para anotar la impresión arriba reseñada, aunque conocía que se estaba llevando a cabo un estudio de salud mental. Estos enjuiciamientos se llamaron Health Staff Rating (HSR).

A todos los niños que tuvieron una o más respuestas positivas en el RQC se les instó a acudir a una entrevista de seguimiento. La tasa de aceptación para esta segunda fase fue del 90 por 100 o más, excepto en Sampaloc en la línea de base (60 por 100). Esta "segunda etapa" del "screening" consistía en una entrevista semiestructurada con un psiquiatra, generalmente en el mismo día y siempre en el plazo de cinco días. El psiquiatra preguntaba sobre una lista estándar de síntomas y signos, su duración, y si estuvieron presentes o ausentes en el último año. La estimación de síntomas y el diagnóstico se registraban siguiendo la clasificación multiaxial desarrollada por RUTTER y cols. (1975), en un instrumento llamado el Follow up Interview for Children (FIC). Se señala que se entrevistó también una muestra del 10 por 100 de los niños sin ítems positivos en el RQC como parte de la validación del método de "screening".

## LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO

Después de la fase de "screening" que dio las observaciones base sobre morbilidad mental, las áreas de estudio tenían que seleccionar sus propias prioridades en salud mental y diseñar los programas de actuación. Después de 18 meses, aproximadamente, el ejercicio de "screening" se repitió en una nueva muestra. El propósito era estudiar los cambios que pudieran haber ocurrido en la sensibilidad de los trabajadores de atención primaria (PHW).

### Raipur Rani

En Raipur Rani se seleccionaron como prioridades las psicosis agudas, retraso mental, epilepsia y depresión. El equipo de investigación elaboró manuales simples para el diagnóstico y manejo como herramientas de entrenamiento (WIG y SRINIVASA, 1981). Para reforzar los recursos locales y vías de referencia, se entrenó primero a los médicos del área, seguidos de los supervisores de salud y los PHW. La instrucción se limitó a sesiones breves que interfirieran lo mínimo posible con el trabajo cotidiano. Como media, cada sesión sobre alguna de las condiciones prioritarias, llevó unas tres horas de lectura y discusión de casos (SRINIVASA MURTHY y WIG, 1983). Luego, la responsabilidad para el cuidado de pacientes en la co-

munidad fue desviada gradualmente a los PHW. En esta fase de intervención se constató la efectividad de los PHW según las condiciones prioritarias. Eran capaces de dar cuidados a aquellos con epilepsia y psicosis que requerían tratamientos farmacológicos. Pero no eran efectivos con el grupo mayor de problemas psiquiátricos infantiles. Esto podía ser debido al hecho de que entre las condiciones prioritarias no se incluían trastornos mentales de la infancia, excepto el retraso mental y la epilepsia. Parecía que los PHW carecían de confianza para hacerse cargo de los trastornos mentales infantiles, y que tenían otras muchas preocupaciones. Algunos expresaban el problema como "Si los retrasados no pueden ser curados, ¿por qué tocar el problema?" (WIG y cols, 1989). En parte, el seguimiento de los casos establecidos dependía del interés continuado en el proyecto de los miembros del Departamento de Psiquiatría del Instituto Postgraduado de Educación Médica e Investigación en Chandigarh.

No hubo diferencias significativas en la distribución por edad y sexo entre la muestra de base y la de repetición, ni en el número de casos detectados por el RQC o el psiquiatra (Tabla 3). La Ta-

bla 4 indica que no hay mejoría en las habilidades diagnósticas de los PHW, ni en su seguridad en manejar casos localmente (Tabla 5). Durante el estudio de repetición, hubo dos niños con convulsiones detectados por el psiquiatra pero ninguno por los PHW; de igual modo el psiquiatra detectó 16 niños retrasados y los PHW sólo uno.

### Shagara Jebel Awlia

Fueron seleccionados para la inclusión en atención primaria las psicosis agudas y crónicas, epilepsia y urgencias psiquiátricas. Se discutió también sobre las psiconeurosis pero no para ser manejadas por los PHW. Se introdujo un texto de psiquiatría en árabe. El programa de entrenamiento incluyó lecturas y demostración práctica dos veces a la semana durante una hora cada día. El curso completo llevó ocho semanas. Los PHW pasaron breves períodos de unos días para entrenamiento dentro de los servicios de las instituciones psiquiátricas de Khartoum. Asistentes médicos, trabajadores de salud a domicilio y comadronas que fueran relevantes en los varios concejos en el área piloto de estudio participaron en

TABLA 3

Distribución por edades y morbilidad (%) en las tres áreas de estudio

Edad (años) (n=)	Raipur Rani (India)		Shagara Jebel Awlia (Sudán)		Sampaloc (Filipinas)	
	Base (151)	Repetición (178)	Base (250)	Repetición (239)	Base (238)	Repetición (238)
5 - 7 .....	29	25	22	46	43	45
8 - 10 .....	27	26	36	39	28	31
11 - 14 .....	38	35	38	15	26	21
15 .....	6	14	4	—	3	3
RQC * $\geq$ 1 .....	26	21	11	17	47	27
Casos psiquiátricos (Eje I) .....	22	18	10	15	15	15
Retrasados mentales (Eje II) .....	11	7	2	3	2	6

(\*) Estas cifras incluyen algunos pacientes que no fueron revisados por el psiquiatra.

TABLA 4

**Actuación diagnóstica de los trabajadores de atención primaria (PHW)  
en los tres países en desarrollo (valores en porcentajes)**

	Raipur Rani (India)		Shagara Jebel Awlia (Sudán)		Sampaloc (Filipinas)	
	Base (151)	Repetición (178)	Base (250)	Repetición (239)	Base (238)	Repetición (238)
Problema mental presente *	5	2	1	12	11	19
Sensibilidad diagnóstica **	21	6	10	66	22	72
Especificidad diagnóstica **	100	97	100	99	91	90

(\*) Problema de salud mental según el PHW.

(\*\*) En contraste con el criterio del examen psiquiátrico.

TABLA 5

**Concordancia entre RQC \*, psiquiatra y PHW en el estudio base y de repetición**

	Al menos una respuesta en RQC: Caso según							Tratamiento según PHW		
	Pos. número de casos en el RQC	(%)	Psiquiatra	(%)	PHW	(%)	Ambos	(%)	En el lugar	Otro sitio
<b>Raipur Rani (India)</b>										
— Línea base	39	(100)	33	(85)	6	(15)	6	(15)	5	1
— Repetición	36	(100)	32	(89)	2	(6)	2	(6)	2	0
<b>Shagara Jebel Awlia (Sudán)</b>										
— Línea base	27	(100)	26	(96)	3	(11)	3	(11)	0	3
— Repetición	39	(100)	37	(95)	26	(67)	24	(62)	8	16
<b>Sampaloc (Filipinas)</b>										
— Línea base	68	(100)	36	(53)	14	(21)	8	(12)	4	4
— Repetición	58	(100)	36	(62)	36	(62)	26	(45)	19	5

(\*) Esta Tabla muestra sólo los casos con una puntuación en el RQC de al menos uno que fueron examinados también por el psiquiatra.

el curso, el cual recibió mucha atención en los medios de comunicación. Debido a la corta distancia social y geográfica entre el área de estudio piloto y los servicios de salud en Jartum, esperábamos un considerable impacto en el reconocimiento de enfermedades mentales con un aumento de la derivación de casos a Jartum.

La muestra de repetición contenía significativamente más niños de menor edad (Tabla 3). No hubo diferencias en-

tre las muestras de base y de repetición en el número de casos detectados por el RQC o el psiquiatra (Tablas 3 y 5). Las Tablas 4 y 5 muestran una mejoría considerable en las habilidades diagnósticas de los PHW. La concordancia con el juicio del psiquiatra fue significativamente mayor que la debida al azar en la muestra de repetición. En la muestra base, el único niño con convulsiones detectado por el psiquiatra no lo fue por el PHW, pero durante el estudio de

repetición el PHW detectó dos de los tres casos encontrados por el psiquiatra. También se encontró mayor concordancia en el estudio de repetición con respecto a los niños retrasados: en el estudio base el PHW sólo reconoció uno de los dos casos detectados por el psiquiatra.

### **Sampaloc**

En Sampaloc, el equipo de investigación seleccionó las siguientes condiciones para su inclusión en atención primaria: urgencias psiquiátricas (comportamiento suicida, agitación y crisis alcohólicas), depresión, psicosis, epilepsia y problemas de salud mental comunes en la infancia. Se dio un seminario de nueve días de duración a médicos, dentistas, comadronas y enfermeras en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General Filipino. Otro "staff" de los centros de salud en el área siguieron un curso intensivo de entrenamiento de dos días. Otros centros de salud en el distrito, que no pertenecían al área de estudio, recibieron un curso de entrenamiento de cuatro días. Esto fue realizado a petición del Encargado del Distrito de Salud, quien señaló que los médicos se sustituían frecuentemente entre ellos durante las bajas u otras ausencias. Así, este último curso fue organizado por el Departamento de Salud de Manila, e impartido por "staff" previamente entrenado y los promotores del estudio en Manila. El contenido de todos los cursos fue el siguiente: conceptos de salud mental, examen del estado mental, enjuiciamiento y manejo de las prioridades en salud mental, e integración de la salud mental en los servicios básicos de salud. Se utilizó en el entrenamiento dinámica de grupos, lecturas-discusión, soportes audio-visuales, lecturas suplementarias y manuales especialmente preparados para el entrenamiento y el uso diario en las clínicas por enfermeras y matronas se utilizó una versión revisada

del Self-Reporting Questionnaire (SRQ) y el RQC (LADRIDO-IGNACIO y cols., 1983).

Esperábamos que los cambios más espectaculares se produjeron en Sampaloc, no sólo por el programa intensivo con todo el "staff" del centro de salud, sino también porque los seminarios fueron supervisados regularmente por un psiquiatra o médico residente una o dos veces por semana. La distribución por edades y sexo de las muestras base y de repetición no difieren significativamente (Tabla 3), pero el número de "casos potenciales" detectados por el RQC fue significativamente menor en la muestra de repetición. El número de casos detectados por el psiquiatra fue idéntico (Tabla 3 y 5) excepto en el número de retrasados mentales que fue significativamente mayor en la muestra de repetición. Las Tablas 4 y 5 ilustran la considerable mejoría en las habilidades diagnósticas de los PHW. En la muestra base, el PHW no detectó ninguno de los tres casos diagnosticados por el psiquiatra como niños con convulsiones, mientras que el PHW detectó cuatro de cinco de dichos casos en la muestra de repetición. De igual manera el PHW mejoró su sensibilidad para detectar niños con retraso: en la muestra de repetición 15 de 18, en comparación con cinco de 16 en el estudio base. La concordancia entre psiquiatra y PHW en la muestra de repetición fue significativamente mayor que la debida al azar. La Tabla 5 también muestra que los PHW tendían a manejar los casos hallados por ellos mismos.

### **DISTRIBUCION DIAGNOSTICA**

La Tabla 6 muestra la distribución diagnóstica en el Eje I de los casos verificados por el psiquiatra. Una explicación de las diferencias entre áreas podría ser que los hábitos diagnósticos varían considerablemente entre los dis-

tintos países, con una tendencia de los psiquiatras filipinos en el área urbana de remitirse a la etiqueta de reacción de adaptación más que sus colegas en las otras dos áreas rurales.

**VALOR DEL RQC**

Ya que en el estudio base, el RQC demostró su valor como instrumento de "screening", no se intentó en el estudio de repetición examinar a los niños que no tuvieron una respuesta positiva en el RQC. Se dio como seguro que una respuesta positiva discriminaría adecuadamente (ver también Tabla 5) entre lo enfermo y lo sano. Esto conlleva una pregunta sobre el funcionamiento de un instrumento como el RQC. ¿Selecciona los casos sin tener en cuenta el tipo de enfermedad, o preguntas en particular sobre trastornos específicos? Encontramos una reacción entre una mayor puntuación en el RQC y la posibilidad de ser considerado como un caso por el psiquiatra, pero esta asociación

no fue, ni mucho menos, homogénea en todas las áreas. Así, nos inclinamos a suponer que la puntuación positiva en un ítem fue generalmente adecuada para seleccionar los casos y tal vez apuntara hacia un diagnóstico particular. La Tabla 6 muestra que la variedad de categorías diagnósticas es tan grande, que un análisis más general de esta cuestión de la especificidad diagnóstica de todos los ítems del RQC, era imposible en este estudio. Estudiamos más atentamente dos ítems del RQC con suficiente número de casos: enuresis/encopresis y retraso. Se compararon las respuestas positivas en el RQC con el diagnóstico efectuado por el psiquiatra. Era posible para el psiquiatra estimar la enuresis/encopresis y el retraso en la lista de síntomas, así como en la clasificación diagnóstica final. En la Tabla 7 se muestra que los ítems del RQC son bastante sensibles, excepto en Sampaloc. Estos datos indican que los ítems del RQC examinados por nosotros señalaban problemas particulares de salud mental. Hubo muy pocas excepciones

TABLA 6

**Síndromes clínicos psiquiátricos de los niños escrutados con el RQC y examinados por el psiquiatra: números absolutos**

Diagnóstico Eje I (n)	Raipur Rani (India)		Shagara Jebel Awlia (Sudán)		Sampaloc (Filipinas)	
	Base (52)	Repetición (51)	Base (51)	Repetición (58)	Base (78)	Repetición (75)
Trastorno neurótico .....	13	10	16	15	1	1
Reacción de adaptación .....	1	1	—	—	30	13
Enuresis .....	4	10	7	13	—	1
Sólo retraso .....	8	6	1	5	—	5
Tartamudez .....	2	2	—	1	1	6
Trastorno del contacto .....	1	2	—	—	1	6
Trastorno del habla/lenguaje .....	1	—	3	2	—	2
Trastorno psicósomático .....	—	1	—	—	—	—
Estado confusional agudo .....	—	—	—	2	—	—
Esquizofrenia .....	—	—	—	—	1	—
Trastorno desintegrativo .....	—	—	—	—	—	1
Otras psicosis .....	—	—	—	—	—	1
Otros síndromes .....	1	1	2	—	—	—

TABLA 7

**Sensibilidad diagnóstica y especificidad de dos ítems en el RQC  
en relación al juicio psiquiátrico, en el estudio de repetición**

	<b>Raipur Rani (India) (n *=34)</b>	<b>Shagara Jebel Awlia (Sudán) (n *=38)</b>	<b>Sampaloc (Filipinas) (n *=36)</b>
Enuresis/encopresis:			
Sensibilidad .....	93 %	85 %	40 %
Especificidad .....	95 %	100 %	100 %
Tasa error de clasificación .....	6 %	11 %	8 %
Retraso:			
Sensibilidad .....	75 %	88 %	68 %
Especificidad .....	89 %	100 %	71 %
Tasa error de clasificación .....	18 %	3 %	31 %

(\*) Número de niños entrevistados por el psiquiatra.

en el caso de enuresis/encopresis. Esto también podría significar insensibilidad de los psiquiatras para este síntoma particular.

## DISCUSION

Se debe recordar que como punto de inicio de este estudio, se tomaron las realidades de provisión de cuidados de salud, tal como existen en la mayoría de los países en desarrollo (SARTORIUS y cols., 1983). Aunque puede confiarse en el papel de coordinación de la OMS en la adaptación de métodos de investigación epidemiológicos para trastornos mentales de los países industrializados a los países en desarrollo, no se pueden evitar ciertos defectos metodológicos en la ejecución del diseño original. Por ejemplo, no todos los pacientes detectados por el RQC pudieron ser entrevistados por el psiquiatra y el trasvase de información desde las áreas de estudio a Ginebra para su procesamiento causó algunos lapsus en la cantidad de datos detallados que posteriormente no pudieron ser rectificadas por completo. Algunas de las deficiencias resultantes se hacen evidentes en las Tablas de este estudio.

El estímulo técnico provino de las recomendaciones del comité de expertos de la OMS (OMS, 1975) quien en 1974 abogó por la provisión de cuidados básicos de salud mental por parte de trabajadores de salud en atención primaria. En 1981, un grupo de estudio de la OMS hizo un enfoque crítico de este programa llegando a la conclusión de que la atención de salud mental podía ser llevada a cabo por médicos generales y auxiliares de salud, incluyendo trabajadores de salud comunitarios, después de llevar a cabo un entrenamiento psiquiátrico limitado (OMS, 1984). Nuestros hallazgos en relación a su mejoría en la habilidad diagnóstica y la confianza en el manejo de algunos problemas mentales en el contexto de la atención primaria, dan credibilidad a esta opinión. Quizá sea la primera vez que se demuestra el efecto del entrenamiento a nivel de los PHW en los países en desarrollo, en este sentido. Los efectos diferían según las condiciones prioritarias seleccionadas, el tipo de PHW en el programa de entrenamiento y el método de entrenamiento. Con respecto a esto último, en el área piloto urbana, se puso mayor énfasis en mejorar la interacción entre paciente y PHW, usando el RQC como instrumento de entre-

namiento. En el área piloto rural de Sudán, el curso de entrenamiento fue más tradicional, incluyendo un repaso de psiquiatría. En la India, el curso estuvo determinado, mayormente, por las condiciones prioritarias que se habían seleccionado. Se reconoció en todas las áreas la necesidad de entrenamiento en servicios y el examen supervisado de pacientes. Lo que se hizo también evidente, fue que el seguimiento de casos y las responsabilidades de los PHW en este aspecto, dependían mucho de las líneas previas de comunicación y derivación entre los distintos niveles de atención primaria y de salud mental. Se considera necesaria la supervisión por parte de un psiquiatra o residente. Claramente, no hay un modelo ideal para que la atención de cuidados en salud mental alcance a mayor población. Las prioridades variarán de una situación sociocultural a otra, así como los métodos de entrenamiento.

Los cuestionarios sencillos como el RQC pueden servir para variados propósitos. Son bastante sensibles como herramientas de "screening" de poblaciones de pacientes en investigación epidemiológica (GOLDBERG y col., 1984; MARI y col., 1984). Además, pueden ser usados como ayuda en la enseñanza para mejorar el reconocimiento de problemas de salud mental por parte de los PHW en sus clínicas (LADRIDO-IGNACIO y col., 1983). Esta aplicación de instrumentos de "screening" requiere una mayor investigación sobre el significado de una respuesta positiva en las preguntas individuales. Se pueden considerar como instrumentos que dan información primaria sobre síntomas y por consiguiente conllevan un diagnóstico de trastornos específicos, o que ofrecen sobre todo una oportunidad para quejarse, es decir, desplegar un comportamiento enfermo. En el primer caso, las preguntas deben ser sondeos específicos que puedan ser fácilmente convertibles en claves para propósitos diagnósticos en cursos de entrenamiento

para los PHW. Si, por ejemplo, cada pregunta en el RQC es suficientemente específica, entonces una respuesta positiva en todo el cuestionario, debería ser suficiente para identificar un caso. El escrutinio de las preguntas revela que algunas (robar de casa, fugas, convulsiones, retraso) son probablemente más específicas que otras (problemas de lenguaje o sueño). Los ítems del RQC que fueron estudiados por nosotros fueron bastante sensibles en este aspecto.

El otro punto de vista es que quejarse cuando se tiene una oportunidad, es para algunas personas una manera de poder manejar la situación: "un intento de hacer una situación inestable y exigente, más manejable para la persona que está teniendo dificultades" (MECHANIC, 1966). HOFSTEE (1965), apuntó que el tipo de cuestionario que se utiliza normalmente para el "screening" de enfermedades mentales en la población, ofrece, justamente, esa oportunidad para quejarse. Visto desde esta perspectiva, instrumentos como el SRQ medirían el comportamiento enfermo más que la enfermedad, con el consiguiente peligro de que registren una conducta de adaptación a algo más que una condición médicamente verificable. En este caso, quizá es más importante el número de preguntas que su contenido específico. También revisamos la relación entre el número de respuestas positivas en el RQC y el porcentaje de casos diagnosticados por el psiquiatra. Encontramos una relación entre una puntuación mayor en el RQC y el mayor porcentaje de casos diagnosticados por el psiquiatra. Quizá ambos puntos de vista, cierta validez diagnóstica de cada pregunta y el otro concerniente al comportamiento enfermo no específico, tengan algún grado de razón.

La experiencia con el SRQ (un cuestionario usado con adultos) en Etiopía (KORTMANN, 1986), parece confirmar su validez en identificar personas que están en este nivel de casos de severidad,

pero que los ítems individuales pueden ser bastante equívocos en cuanto al diagnóstico. El instrumento ofrece, también, la oportunidad a personas que no están enfermas de quejarse de su pobreza e incluso de la adversa situación política. Quizá esto sea menor con el RQC, ya que estimula a los padres a quejarse sobre todo de problemas de comportamiento con sus niños.

En resumen, el estudio ha mostrado, en primer lugar, que la enfermedad psi-

quiátrica en niños no es infrecuente en atención primaria, lo que hasta ahora ha permanecido ampliamente sin reconocer. En segundo lugar, con la ayuda de una pequeña serie de preguntas es posible no sólo identificar los posibles casos, sino también aumentar la concienciación del trabajador de atención primaria. Los cursos breves de entrenamiento sirven adecuadamente para mejorar su actitud hacia el manejo de casos.

## BIBLIOGRAFIA

- BAASHER, T. A. and CEDERBLAD, M. (1968): *A child psychiatric study on Sudanese Arab children*. "Acta Psychiatr. Scand.", Suppl., 200.
- GIEL, R. and VAN LUIJK, J. N. (1969): *Psychiatric morbidity in a small Ethiopian town*. "Br. J. Psychiatry", 115, 149-162.
- GIEL, R. and VAN LUIJK, J. N. (1970): *Psychiatric morbidity in 50 juvenile delinquents in Addis Ababa*. "Soc. Psychiatry", 5, 183.
- GIEL, R. and LE NOBEL, C. P. (1971): *Neurotic instability in a Dutch village*. "Acta Psychiatr. Scand.", 47, 462-472.
- GIEL, R.; DE ARANGO, M. V.; CLIMENT, C. E.; HARDING, T. W.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L.; SRINIVASA MURTHY, R.; SALAZAR, M. C.; WIG, N. N., and YOUNISS, Y. O. A. (1981a): *Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries (A report from the WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care)*. "Pediatrics", 68, 677-683.
- GIEL, R.; D'ARRIGO BUSNELLO, E.; CLIMENT, C. E.; EL HAKIM, A. S. E. D.; IBRAHIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L., and WIG, N. N. (1981b): *The classification of psychiatric disorder: a reliability study in the WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care*. "Acta Psychiatr. Scand.", 63, 61-74.
- GOLDBERG, D. P. (1974): *Psychiatric disorders (a series on screening for disease)*. "Lancet", 2, 1.245-1.247.
- GOLDBERG, D. P., and BLACKWELL, B. (1970): *Psychiatric illness in general practice*. A detailed study using a new method of case identification. "Br. Med. J.", 2, 439-443.
- GOLDBERG, I. D.; ROGHMANN K. J.; McLERNY, T. K. et al. (1984): *Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management*. "Pediatrics", 73, 278-293.
- HARDING, T. W. (1973): *The detection of psychiatric illness by questionnaire in Jamaica*. "West Indian Med. J.", 22, 190-191.
- HARDING, T. W. (1978): *Psychiatry in rural-agrarian societies*. "Psychiatr. Ann.", 8, 74-84.
- HARDING, T. W.; DE ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J. et al. (1980): *Mental disorders in primary health care*. "Psychol. Med.", 10, 231.
- HOFSTEE, W. K. B. (1965): *De vragenlijstsituatie*. "Ned. Tijdschr. Psychol.", 20, 592-602.
- HOLMES, J. A., and SPEIGHT, A. N. P. (1975): *The problem of non-organic illness in Tanzania urban medical practice*. "East Afr. J.", 52, 225-236.
- KORTMANN, F. A. M. (1986): *Problemen in transculturele communicatie: de Self Reporting Questionnaire en psychiatrie in Ethiopië*. Van Gorcum. Assen.
- LADRIDO-IGNACIO, L.; CLIMENT, C. E.; DE ARANGO, M. V. et al. (1983): *Research screening instruments as tools in training health workers for mental health care*. "Trop Geograp. Med.", 35, 1-7.
- MARI, J. J., and WILLIAMS, P. (1984): *Minor psychiatric disorder in primary care in Brazil: a pilot study*. "Psychol. Med.", 14, 223-227.
- MBANEFO, S. E. (1971): *The general practitioner and psychiatry*. In: A. Boroffka (Ed.): "Psychiatry and Mental Health Care in General Practice". University of Ibadan, págs. 45-49.
- McEVOY, P. J., and McEVOY, H. F. (1976): *Management of psychiatric problems in a Kenyan mission hospital*. "Br. Med. J.", 1, 1.454-1.456.
- MECHANIC, D. (1966): *Reponse factors in illness: the study of illness behaviour*. "Soc. Psychiatry", 1, 11-20.
- NDETEI, D. M., and MUHANGI, J. (1979): *The prevalence and clinical presentation of psychiatric illness in a rural setting Kenya*. "Br. J. Psychiatry", 135, 267-272.
- RUTTER, M.; TIZARD, J., and WITHMORE, K. (1970): *Education, Health and Behaviour*. Longman, Inc., London.
- RUTTER, M.; SHAFFER, D., and SHEPHERD, M. (1975): *Multi-axial classification of child psychiatric disorders*. WHO, Geneva.
- SARTORIUS, N., and HARDING, T. W. (1983): *The*

WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. I. The Genesis of the study. "Am. J. Psychiatry", 140, 1.470-1473.

SRINIVASA MURTHY, R., and WIG, N. N. (1983): *A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country.* "Am. J. Psychiatry", 140, 1.486-1.490.

WHO Expert Committee on Mental Health (1975): *Organization of mental health services in developing countries:* Technical Report Series 564. WHO, Geneva.

WHO Study Group Report (1984): *Mental health care in developing countries: a critical appraisal*

*of research findings:* Technical Report Series 698. WHO, Geneva.

WIG, N. N., and SRINIVASA MURTHY, R. (1981): *Manual of Mental Disorders for Primary Health Care Personnel.* Palmer, Chandigarh, India.

WIG, N. N.; SRINIVASA MURTHY, R., and HARDING, T. W. (1981): *A model for rural psychiatric services-Raipur Rani experience.* "Indian J. Psychiatry", 23, 275-290.

World Health Organization, Regional Office for Africa (1979): *Mental Health: Report of the WHO Regional Expert Panel on Mental Health.* AFRO, Technical Report Series N.º 7. Brazzaville.