

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ESPAÑA 2011/12

SERIE Informes monográficos

2 SALUD MENTAL Y CALIDAD DE VIDA EN LA POBLACIÓN INFANTIL



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Directora General de Salud Pública, Calidad e Innovación

María Mercedes Vinuesa Sebastián

Subdirectora General de Información Sanitaria e Innovación

Mercedes Alfaro Latorre

Dirección y coordinación

Luis Rajmil Rajmil

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)

IMIM -Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques

CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación

Montserrat Neira León

Mónica Suárez Cardona

Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12

Serie Informes monográficos nº 2. Salud mental y calidad de vida en la población infantil

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014.

NIPO 680-14-081-9

Cita sugerida:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Salud mental y calidad de vida en la población infantil. Serie Informes monográficos nº 2. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

Palabras clave: adolescencia, calidad de vida relacionada con la salud, infancia, salud mental

RESUMEN

En este informe se presentan los resultados sobre la salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud de la población de 0 a 14 años residente en España, obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011/12. La ENSE es un estudio periódico realizado desde 1987 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que, desde 2003, se realiza con el Instituto Nacional de Estadística. En 2006, a las preguntas ya existentes se añadieron en dos instrumentos específicos para proporcionar datos sobre el riesgo de mala salud mental y sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Estos son, respectivamente, el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) y el KIDSCREEN-10, y en el informe se presenta también su evolución en este periodo. El cuestionario infantil se administra a las madres, padres o tutores.

Los resultados más destacados de la ENSE 2011/12 fueron los siguientes:

- En España, en el 2,2% de los menores se declara algún trastorno de conducta y en el 1% trastornos de salud mental. Ambos tipos de trastorno fueron más frecuentes en los de mayor edad. En el grupo de 10 a 14 años, en el 3,4% se declararon trastornos de conducta, y en el 1,9% trastornos mentales.
- Los trastornos de conducta, que incluyen la hiperactividad, se declararon con mayor frecuencia entre los niños (3,0%) que entre las niñas (1,4%). Por edad, la mayor frecuencia se dio entre los varones de 10 a 14 años, en los que alcanzó el 5,1%. Los niños de clase social alta presentaron este tipo de trastorno con menor frecuencia que los de clase menos favorecida. Este gradiente no se observó en niñas.
- Los trastornos de la salud mental (depresión, ansiedad etc.) son infrecuentes en población infantil. También se dan más en niños (1,2%) que en niñas (0,8%), y en el grupo de mayor edad más que en los pequeños.
- La población que valoró su salud percibida como mala fue más elevada entre los que declararon trastornos de conducta (25,9%) o trastornos de salud mental (42,3%) respecto del total de población (6,8%).
- La salud mental (SM), evaluada en la población de 4 a 14 años a través del cuestionario SDQ, presentó diferencias estadísticamente significativas, con mayor riesgo entre los varones, los de 4 a 7 años de edad, de familias con menor nivel de estudios, de familias de clase social menos favorecida y de familias monoparentales, así como quienes declararon algún miembro familiar o todos sus miembros desempleados.

- El riesgo de mala salud mental según el SDQ también fue mayor entre quienes declararon conductas menos saludables, como hábitos sedentarios, no desayunar a diario antes de salir de casa o consumir comida rápida con más frecuencia. Entre los casos de mayor riesgo de mala salud mental, la percepción de salud como mala fue proporcionalmente mayor, así como el uso de servicios sanitarios, tanto del pediatra como del especialista, con respecto al resto de población.
- La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), evaluada con el KIDSCREEN-10 en población de 8-14 años, se sitúa en 87,9 puntos sobre 100, nivel comparable con el de los países europeos con mejores indicadores de salud infantil.
- En la calidad de vida no se encontraron diferencias según los determinantes sociales de salud infantil, excepto entre los menores de 8-10 años, que presentaron mejor CVRS que los mayores. El KIDSCREEN-10 presentó peores puntuaciones en quienes declararon mala salud percibida, alguna enfermedad crónica, trastornos de salud mental y trastornos de conducta.
- La CVRS ha resultado más elevada (mejor) en los que declararon practicar actividad física varias veces a la semana y consumo de frutas a diario o casi a diario, mientras que en el resto de los hábitos estudiados no se encontraron diferencias o éstas estuvieron en el límite de la significación estadística.
- El KIDSCREEN presentó peores puntuaciones en los probables casos de mala salud mental según el SDQ, con un gradiente según el estado de SM. La declaración de alguna enfermedad crónica y la puntuación baja en el SDQ mostraron interacción en relación con la peor puntuación en CVRS.
- La comparación entre 2006 y 2011/12 mostró una tendencia a mejorar para el total de la población infantil, tanto en SM como en CVRS, aunque se mantuvieron las desigualdades en SM según los determinantes sociales estudiados.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| La salud mental (SM) infantil y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) | 7 |
| Objetivos e hipótesis | 9 |
| MÉTODOS Y DEFINICIONES | 11 |
| El estudio de la SM infantil y la CVRS | 11 |
| Otras variables analizadas | 13 |
| Análisis estadístico | 15 |
| RESULTADOS | 17 |
| 1. Trastornos de salud mental y otros problemas de salud crónicos en la población infantil | 17 |
| 2. Riesgo de mala salud mental según el <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ) | 19 |
| 3. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) según el índice KIDSCREEN-10 | 24 |
| 4. Comparación de la ENSE 2006 y 2011/12 | 28 |
| DISCUSIÓN | 31 |
| Limitaciones | 32 |
| APÉNDICE | 35 |
| Calidad de vida relacionada con la salud en población infantil según el índice KIDSCREEN-10. Resultados ENSE 2006. | 35 |
| REFERENCIAS | 39 |

INTRODUCCIÓN

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. En el marco del Plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales.

En 2009 el Parlamento Europeo asumió las propuestas de la Declaración de Helsinki¹ y del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar², que definió la promoción de la salud mental y el bienestar de niños y jóvenes como una de las áreas prioritarias.

Mejorar la atención a la salud mental en España es uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En 2006 se aprobó la Estrategia de Salud Mental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, consensuada con las asociaciones profesionales y ciudadanas y las comunidades autónomas, que fue actualizada para el periodo 2009-2013^{3,4}. Sus indicadores de evaluación utilizan la ENSE como una de sus fuentes principales⁵.

A continuación se describen los objetivos, la metodología y los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011/12 en lo relativo a la salud mental y a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población en la población menor de 15 años residente en España.

La salud mental (SM) infantil y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

La salud mental (SM), que incluye no sólo la psicopatología sino los aspectos positivos del desarrollo emocional y psicológico del individuo, es una de las dimensiones más importantes de la salud en la infancia y adolescencia. Por otra parte, los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia afectan a las relaciones familiares, escolares y sociales de los menores y se asocian con mayor utilización de los servicios sanitarios y sociales⁶. Más de la mitad de los problemas de salud mental en la población general se inician en la infancia, y hay una continuidad entre éstos y los futuros problemas de salud mental en la edad adulta⁷.

Se han descrito algunos factores asociados con problemas de salud mental en edad pediátrica como el sexo, la edad, la enfermedad psiquiátrica parental, las dificultades familiares (ejemplo las familias monoparentales con escasos recursos), y el nivel socioeconómico familiar, entre otros⁸. En general los menores de familias de clase social más desfavorecida y menor nivel de estudios presentan peor salud mental y se han descrito gradientes sociales en salud mental, es decir a mayor desventaja social peor salud mental⁹.

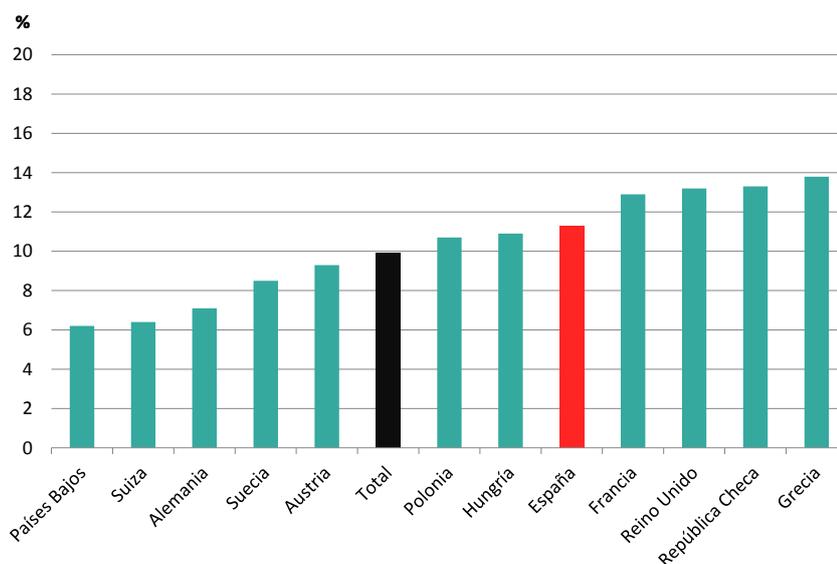
Se han llevado a cabo esfuerzos considerables para estandarizar la evaluación de la salud mental en la población general de niños y adolescentes¹⁰. Los estudios epidemiológicos muestran una frecuencia variable de problemas de salud mental infantil a nivel comunitario, dependiendo del período de estudio,

de las edades analizadas, y de los instrumentos de medida utilizados^{11, 12, 13, 14}. En el Reino Unido, un estudio llevado a cabo a finales de los años 90 mostró que alrededor del 10% de la población presentaba algún problema psiquiátrico¹⁵. La mayoría de estudios se basan en los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV)*¹⁶.

La determinación de la prevalencia de problemas de salud mental a nivel comunitario requiere el uso de instrumentos de diagnóstico clínico a través de entrevistas estructuradas. Muchos estudios son de 2 fases, administrando primero un instrumento de cribado y en una segunda fase la entrevista estructurada¹⁷ que permite determinar con validez y fiabilidad aceptables la prevalencia de los problemas de salud mental. A partir del análisis de varios estudios con estas características se determinó que la prevalencia de problemas de salud mental en 10 estudios poblacionales de 7 países variaba entre 2,2% en India y 17% en Rusia entre los años 1999 y 2004, aunque las características de las muestras, el tamaño muestral y los métodos de administración fueron diferentes¹⁸.

Así mismo, el estudio europeo KIDSCREEN ha permitido analizar la variabilidad en las frecuencias de probables casos de problemas de salud mental en la población de 12-18 años de edad de 12 países de Europa a partir de la versión autoadministrada del *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*⁸ (figura 1).

Figura 1. Prevalencia de “probables casos” de problemas de salud mental en 12 países de Europa. Estudio KIDSCREEN europeo



Fuente: Ravens-Sieberer et al 2008⁸. Basado en la administración del *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* autoadministrado en población de 12 a 18 años de edad

Estos resultados muestran cierta variabilidad entre países, aunque las cifras de prevalencia se han de interpretar con precaución al haber utilizado un instrumento de cribado como es el SDQ para determinarla. El SDQ es el instrumento de medida de salud mental en la infancia y adolescencia que ha recibido más atención hasta el momento¹⁹. Fue creado en el Reino Unido, presenta aceptables coeficientes de fiabilidad y validez y ha sido adaptado en múltiples idiomas y contextos, incluida España (www.sdqinfo.com), aunque presenta limitaciones si se pretende estudiar la prevalencia de problemas de salud mental (ver más adelante limitaciones del instrumento).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida de resultado de salud que se utiliza cada vez con más frecuencia en la infancia y adolescencia. No existe consenso respecto al modelo conceptual en que se basa y a cómo debe operativizarse la medida de la CVRS, sin embargo casi todos los modelos incorporan la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, que no sólo comporta la ausencia de enfermedad». Una de las definiciones más aceptadas determina que la CVRS es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar²⁰. Las dimensiones más importantes que incluye la CVRS son: el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional. En el caso de la población infantil además incluye “los múltiples contextos sociales en los que se desarrollan los/as niños/as y que son la familia, el círculo de amigos, el ambiente escolar y la comunidad”²¹. Estos contextos ejercen una influencia importante sobre su CVRS. Su interés radica en la capacidad para reflejar la multidimensionalidad de la salud, tanto en población general como en población con problemas de salud crónicos^{22, 23}. El uso de la CVRS como medida de resultado de salud puede ser útil en la práctica clínica diaria, en estudios de efectividad, y como un indicador de la calidad de la atención sanitaria recibida^{24, 25}. Además, la identificación de individuos con peor CVRS permite la detección precoz de necesidades en salud. En la edad pediátrica, las enfermedades crónicas son poco frecuentes, y el uso sistemático de esta medida en estudios comunitarios permite identificar grupos con mayores necesidades de salud y de atención social^{26, 27}.

La evaluación de la CVRS infantil y de adolescentes ha recibido menos atención si se compara con el uso de dicha medida en población adulta. Sin embargo una revisión de los instrumentos dirigidos a la población infantil publicados hasta el año 2008 identificó cerca de 100 instrumentos genéricos (para población sana y con problemas de salud) y específicos (dirigidos a síntomas o enfermedades concretas)²². El KIDSCREEN-10 es un índice que ha sido creado en Europa, con coeficientes de fiabilidad y validez conocidos, que permite obtener una medida resumen de la CVRS para comparar subgrupos de población infantil y analizar el impacto de las intervenciones sanitarias²⁸.

Objetivos e hipótesis

- Estudiar los trastornos de conducta y de salud mental declarados en la población infantil de 0-14 años de edad, y su relación con el estado de salud y con el uso de servicios sanitarios.
- Describir el riesgo de mala salud mental en la población infantil de 4-14 años a partir del cuestionario SDQ.
- Analizar la CVRS de la población infantil de 8-14 años de edad a partir del cuestionario KIDSCREEN-10.
- Comparar los resultados obtenidos en la ENSE en lo relativo a la salud mental y la CVRS de la población infantil entre 2006 y 2011/12.

De acuerdo con los antecedentes de estudios llevados a cabo en el ámbito español^{9, 14} y en otros contextos^{8, 11, 15} se espera que los que declaran problemas de SM y trastornos de conducta presenten peores puntuaciones en el SDQ y utilicen más servicios sanitarios en general, no solo de SM. Así mismo se espera que los niños puntúen peor la SM sobre todo en trastornos de conducta e hiperactividad

mientras que las niñas presentarán peores puntuaciones en trastornos emocionales. También se espera encontrar gradientes sociales en SM, es decir a peor nivel socioeconómico peor SM, pero no en CVRS. La CVRS será más elevada en los de menos edad, y en los niños. Las tendencias poblacionales mostrarán mejores puntuaciones en la SM y la CVRS en 2012 respecto de 2006.

MÉTODOS Y DEFINICIONES

La Encuesta Nacional de Salud de España se hace sobre una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en España y se eleva a valores poblacionales. El tipo de muestreo utilizado en la ENSE es trietápico estratificado, donde las unidades de primera etapa son las secciones censales y las de la segunda etapa son las viviendas familiares principales. Dentro de cada hogar se seleccionaba aleatoriamente a un adulto (15 o más años) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos y en caso de que hubiera menores (de 0 a 14 años) se seleccionaba asimismo un menor para el Cuestionario de Menores. En el caso de hogares con más de un menor la selección del menor se realizaba de forma aleatoria. La información correspondiente al Cuestionario de Menores se obtuvo indirectamente, facilitada por la madre, padre o tutor en el 94% de los menores. Para caracterizar el tipo de familia y las variables sociodemográficas familiares se han tenido en cuenta el Cuestionario de Adulto, el Cuestionario de Hogar y el Cuestionario de Menores. Algunas variables se obtuvieron a partir de la información referida a la persona de referencia del hogar (persona que más aporta al presupuesto del hogar). Los datos que se presentan corresponden a 5495 entrevistas a menores, realizadas entre julio de 2011 y junio de 2012. La muestra efectiva total de la ENSE 2011/12 representa el 90% de la teórica (61% de los hogares titulares y 29% sustituciones), habiéndose encuestado al 71% de los hogares titulares encuestables. Los cuestionarios y la metodología completa se pueden consultar en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm>.

El estudio de la SM infantil y la CVRS

El análisis de la SM llevó a cabo a partir del cuestionario SDQ. El SDQ es un cuestionario breve diseñado en 1997 por Goodman¹⁹ para la identificación de problemas de SM en los niños de entre 4 y 16 años. Ha mostrado efectividad para el cribado de los trastornos de conducta, emocionales y de hiperactividad en población infantil de 4 a 16 años de edad²⁹. Este cuestionario se ha convertido en pocos años en uno de los instrumentos más utilizados en clínica y en investigación, ya que permite evaluar problemas de comportamiento y competencias desde una edad precoz con una herramienta sencilla, aceptada y traducida a más de 40 idiomas. Existe una versión para padres y profesores (4-16 años) y otra auto-administrada para adolescentes (11-16 años). Se puede acceder al cuestionario desde su página web (www.sdqinfo.com)³⁰.

El SDQ se administró en la muestra de la población infantil de 4-14 años de edad. El cuestionario consta de 25 ítems agrupados en 5 dimensiones (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización -en adelante prosocial-) con 5 preguntas cada una. El período recordatorio es de 6 meses. Cada ítem presenta 3 posibles respuestas (no es cierto, un tanto cierto y es absolutamente cierto), que se puntúan 0, 1 y 2 puntos respectivamente, excepto para los ítems 7, 11, 14, 21 y 25 que puntúan de modo inverso. Así, cada dimensión puntúa entre 0 y 10. A mayor puntuación, peor SM, excepto para la dimensión prosocial que puntúa en dirección contraria (a más puntuación mejor salud). La suma de las 4 primeras dimensiones

(excepto la prosocial), genera el *Total Difficulties Score* (TDS) del cuestionario SDQ o puntuación total de las dificultades, cuyo recorrido de valores es entre 0 y 40. A mayor puntuación en el TDS, peor SM. Los autores originales del instrumento han desarrollado puntos de corte a partir de los cuales es posible determinar la salud mental en 3 categorías tanto para el TDS como para cada dimensión del SDQ: “no caso”, puntuación “límite” y “probable caso”. Al ser un instrumento de cribado, para determinar la prevalencia real de problemas de salud mental se requeriría administrar una entrevista psiquiátrica estructurada en una segunda fase para establecer con fiabilidad y validez la prevalencia del problema de salud estudiado. Cuando se compara el rendimiento del SDQ en 3 categorías con una entrevista estructurada éste presenta una sensibilidad baja (alrededor de 60% para la detección de casos si se combinan los datos de la versión autoadministrada y la de padres²⁹). Por este motivo, aunque los puntos de corte para detectar casos determinados por los autores del instrumento sean ampliamente utilizados, es necesario tener presente la limitación de su bajo rendimiento en cuanto a la prevalencia real de los problemas de SM en la infancia. En cambio, sí se ha comprobado una mayor probabilidad de padecer problemas de salud mental cuanto más elevada es la puntuación en el SDQ de forma continua¹⁸. En el informe presente, aunque también se ha estratificado la muestra según la probabilidad de ser caso siguiendo los puntos de corte establecidos en la versión original para conocer las necesidades en salud de la población con peor salud mental, la variable se ha analizado como continua en la mayoría de casos. Cuando se ha analizado la variable estratificada en “no casos” y “probables casos”, se han considerado como “no casos” las puntuaciones por debajo de 14, y como “probables casos” las puntuaciones entre 14 y 40 en la escala TDS. Esta última categoría incluye las puntuaciones “límite” además de los “probables casos”, es decir puntuaciones entre 14 y 16,99¹. Las dimensiones también se han estratificado siguiendo las categorías originales propuestas por los autores. Así, en la dimensión síntomas emocionales (escala de 0-10) se han considerado como “probables casos” puntuaciones de 4 o más; en problemas de conducta el punto de corte es a partir de 3 o más; en hiperactividad a partir de 6 o más; en problemas con compañeros puntuaciones de 3 o más; y en conducta prosocial las puntuaciones por debajo de 6.

El SDQ se incluye en la ENSE desde 2006. Además, la ENSE pregunta desde 2003 por determinados trastornos mentales en los menores, incluidos en el listado de enfermedades o problemas de salud crónicos, pero solo desde la edición de 2006 lo hace de manera comparable, mediante las siguientes preguntas:

PREGUNTA ¿Alguna vez ha padecido [nombre del menor] trastornos mentales (depresión, ansiedad...)? y, en caso de respuesta afirmativa, ¿Los ha padecido en los últimos 12 meses? y ¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?

PREGUNTA ¿Alguna vez ha padecido [nombre del menor] trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)? y, en caso de respuesta afirmativa, ¿Los ha padecido en los últimos 12 meses? y ¿Le ha dicho un/a médico/a que la padece?

A efectos de esta publicación, se considera que padece “trastornos mentales (depresión, ansiedad...)” si responde que los ha padecido en los últimos 12 meses y que han sido diagnosticados por un médico, y lo mismo para los “trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)”. Se estudia en niños y niñas de 0 a 14 años.

Para la evaluación de la CVRS se utilizó la versión para padres del KIDSCREEN-10, que es la versión más corta del instrumento KIDSCREEN³¹, y que permite obtener un índice de CVRS. Se recogió información en los niños y las niñas de 8-14 años de edad. El KIDSCREEN es un cuestionario genérico de CVRS que fue

¹ La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en sus evaluaciones, sitúa el umbral de ‘riesgo de mala salud mental infantil’ en una puntuación total igual o superior a 17 puntos del SDQ-TDS.

desarrollado de forma simultánea y transcultural en 13 países de Europa para la población de niños y adolescentes entre 8 y 18 años de edad. El instrumento incluye 3 versiones: al KIDSCREEN-52³² (52 ítems en 10 dimensiones), el KIDSCREEN-27³³ (27 preguntas en 5 dimensiones), y el comentado anteriormente, KIDSCREEN-10²⁸, que incluye 10 preguntas y se puntúa como índice. El período recordatorio de las preguntas del KIDSCREEN es de una semana, y las respuestas son en escala Likert de 5 categorías. Las preguntas del KIDSCREEN-10 recogen parte del contenido de las 5 dimensiones del KIDSCREEN-27 y 8 de las 10 dimensiones del KIDSCREEN-52. La versión utilizada en la ENSE 2011/12 es la que se había aplicado en el estudio del Eurobarómetro³⁴, que elimina una pregunta de la versión original autoadministrada (¿Tus padres te han tratado de forma justa?) y la sustituye por la pregunta de salud percibida de la encuesta general para la construcción del índice, manteniendo casi las mismas características métricas del índice original.

PREGUNTA Durante los últimos siete días [nombre del menor] ¿se ha sentido bien y en forma? ¿Se ha sentido lleno/a de energía? ¿Se ha sentido triste? ¿Se ha sentido solo/a? ¿Ha tenido suficiente tiempo para él/ella? ¿Ha podido hacer las cosas que quería en su tiempo libre? ¿Se ha divertido con sus amigos/as? ¿Le ha ido bien en el colegio? ¿Ha podido prestar atención? Las opciones de respuesta para las preguntas 1, 2 y 8 son: Nada / Un poco / Moderadamente / Mucho / Muchísimo, y para el resto de estas preguntas: Nunca / Casi nunca / Algunas veces / Casi siempre / Siempre. Para la construcción del índice se puntúa además la pregunta de salud percibida: En los últimos 12 meses, diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?

El rango de puntuaciones es de 0-100, y una mayor puntuación representa mejor CVRS. El instrumento fue desarrollado siguiendo las teorías clásicas del test y las teorías psicométricas modernas como la teoría de respuesta al ítem (TRI). La versión española del KIDSCREEN presenta valores conocidos de fiabilidad y validez³⁵. Los resultados de la ENSE 2006 que se presentan en este informe se han calculado para la misma versión y grupo de edad que en 2011/12 con el fin de permitir la comparación (tablas en Apéndice).

Otras variables analizadas

Las variables sociodemográficas analizadas fueron la edad, el sexo, la comunidad autónoma de residencia (CCAA), la clase social y el nivel de estudios familiar, y el tipo de familia y la situación laboral familiar.

La **edad** se ha analizado como variable continua y estratificada en 4 categorías: 0-3, 4-7, 8-10, y 11-14 años.

Para la **clase social** se utilizó la clasificación propuesta en 2012 por el Grupo de Trabajo de Determinantes de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)³⁶, adaptada para la ENSE. Es una agrupación de ocupaciones, actuales o anteriores, codificadas según la Clasificación Nacional de Ocupaciones que entró en vigor en 2011 (CNO-11). Las 6 clases sociales de la ENSE 2011/12 se corresponden con las 6 utilizadas en la serie histórica ENSE, y son las siguientes:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados.

En este informe la clase social de la persona de referencia se categorizó en 3 estratos (alta: grupos I y II; media: grupo III; y baja: grupos IV, V y VI).

El **nivel de estudios más elevado de la familia** se recoge en el cuestionario en 8 categorías, que en el informe se categorizaron en 3 niveles.

| Niveles | Categorías originales |
|----------------------|--|
| Estudios primarios | No sabe leer o escribir |
| | Ha asistido menos de 5 años a la escuela (Educación Primaria incompleta) |
| | Fue 5 o más años a la escuela y no llegó al último curso de la enseñanza obligatoria (Educación Primaria completa) |
| Estudios secundarios | Enseñanza secundaria de 1ª etapa (ESO, EGB, Bachillerato elemental...) |
| | Estudios de Bachillerato |
| | Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes |
| | Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes |
| Estudios superiores | Estudios universitarios o equivalentes |

El **tipo de familia** se codificó en 2 categorías: monoparental en los que declaraban “padre o madre sola con hijos menores de 25 años”, y otro tipo de familia que incluyó a las familias de “padre o madre sola con hijos menores de 25 años y otros familiares”, así como el resto de tipos de familias.

Para analizar la **situación laboral** se determinó si algún miembro de la familia declaraba estar desempleado, si todos los miembros declaraban estar desempleados y si la persona de referencia estaba desempleada.

Además de las características individuales y familiares se analizaron variables relativas al estado de salud, los hábitos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios, que se detallan a continuación.

Estado de salud

El **estado de salud percibido** se categorizó en 2 grupos: salud regular, mala, muy mala (categorizado como mala salud percibida) y muy buena, buena (buena salud percibida).

Se recogió la **limitación de actividad en las últimas 2 semanas** (sí/no), algún día de cama en las últimas 2 semanas (sí/no).

Los **problemas crónicos de salud declarados** (sí/no) se recogieron de un listado de posibles problemas de salud como “alergia crónica”, “asma”, “diabetes”, “tumores malignos (incluye leucemia y linfoma)”, “epilepsia”, “lesiones o defectos permanentes causados por un accidente”, y si “ha padecido alguna otra enfermedad crónica”, diagnosticado por un médico y padecido en los últimos 12 meses, tal y como se ha especificado anteriormente.

Hábitos relacionados con la salud

Se analizó el tiempo que el niño o niña pasa delante de pantallas como indicador de sedentarismo, el **promedio de horas diarias delante de pantallas**, a partir de las preguntas: “¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele ver la televisión cada día? (de lunes a viernes y en fin de semana)”, y “¿Durante cuánto tiempo, aproximadamente, suele jugar con videojuegos, ordenador, o Internet cada día (incluye redes sociales, Messenger, chats, consolas, etc.)? (de lunes a viernes y en fin de semana)”, estratificado en 2 categorías: más de 2 horas diarias de promedio delante de pantallas (TV y videojuegos, ordenador, Internet, sí/no).

La actividad física de esfuerzo se analizó a partir de la pregunta “¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?”. De las categorías de respuesta se consideró **físicamente activo** cuando se responde “Hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana”.

El **hábito de no desayunar antes de salir de casa** se consideró a partir de la pregunta: “¿Dónde desayuna habitualmente? Y se consideró la categoría de respuesta “No suele desayunar”.

La frecuencia de consumo de frutas frescas y la **frecuencia de consumo de comida rápida** se recoge a partir de la pregunta: “¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?” Se analizó separadamente el consumo de “Fruta fresca (excluyendo zumos)” y de “Comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas)”, y en ambos casos se considera la respuesta positiva cuando responden las categorías “tres o más veces a la semana” o “a diario”.

Uso de servicios sanitarios

Se analizaron las **hospitalizaciones en el último año**, a partir de la pregunta: “Durante los últimos 12 meses ¿ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos durante una noche?” (categorías de respuesta sí/no).

Las **visitas al pediatra** se analizaron a partir de la pregunta: “En las últimas 4 semanas, ¿ha consultado con su pediatra de cabecera o médico de familia o general por algún problema, molestia o enfermedad?” (categorías de respuesta sí/no); y las **visitas al especialista** a partir de la pregunta: “Y con un especialista, ¿ha consultado en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad?” (sí/no).

Análisis estadístico

En el presente informe se describen los problemas de salud mental declarados, el riesgo de mala salud mental según el SDQ y la calidad de vida relacionada con la salud según el KIDSCREEN, a partir de las tablas estadísticas completas ya publicadas de la ENSE 2011/12, disponibles en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm> (frecuencias absolutas y relativas).

Además del análisis descriptivo de la explotación general de la ENSE 2011/12, para este informe se ha realizado un análisis específico de las características de los que declararon trastornos de SM, así como la puntuación media de las dificultades totales (TDS) del SDQ y las 5 dimensiones según las características individuales y familiares: la CCAA, la edad, el sexo, la clase social, el nivel de estudios, la situación laboral familiar, la salud percibida, la limitación de actividad, la declaración de enfermedades crónicas, y el uso de servicios sanitarios. De forma similar se ha analizado el KIDSCREEN-10 según las características sociodemográficas, de salud y de utilización de servicios sanitarios.

Se estratificó el SDQ siguiendo los puntos de corte propuestos por los autores del instrumento para estudiar la relación entre el riesgo de padecer problemas de SM y la CVRS.

En las variables analizadas se calcularon los intervalos de confianza del 95% de las proporciones y las medias. Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple de la CVRS para estudiar la influencia de los factores sociodemográficos y la salud mental en la CVRS.

Finalmente se analizaron las diferencias en las puntuaciones del SDQ y el KIDSCREEN entre la ENSE 2006 y 2011/12.

En todos los análisis se tuvo en cuenta el diseño muestral en la obtención de las medias y proporciones. En los análisis se utilizó el programa STATA 10.0 (StataCorp, Texas, (<http://www.stata.com>) y se aplicó el "Survey weight (svy)" en el cálculo de las varianzas.

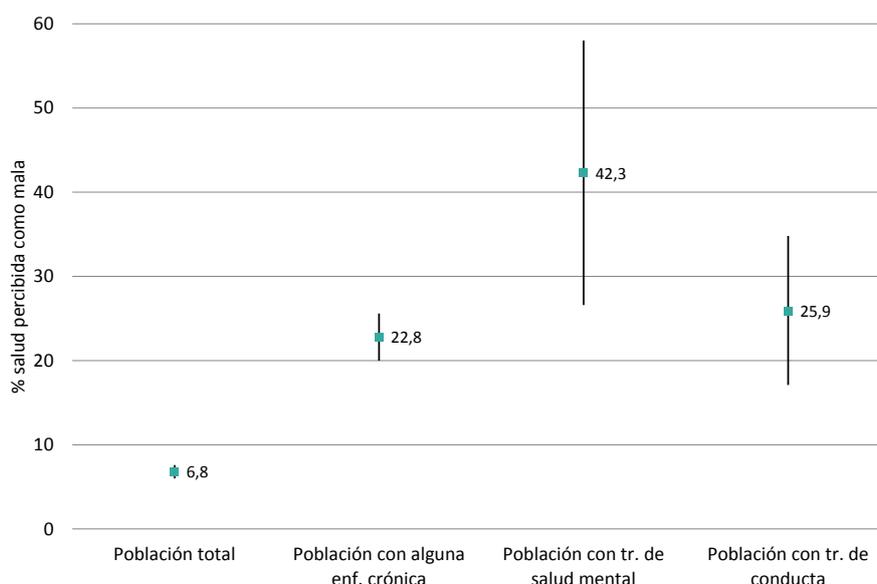
RESULTADOS

1. Trastornos de salud mental y otros problemas de salud crónicos en la población infantil

[Tablas 1029 a 1032]

En el 2,2% de los menores de 15 años se declara algún trastorno de la conducta. Estos trastornos, que incluyen la hiperactividad, son más frecuentes entre los niños (3%) que en niñas (1,4%). En los niños se observa una mayor proporción en el grupo de edad de 10-14 años (5,1%), mientras que en las niñas la mayor prevalencia se observa en el grupo de edad de 5-9 años (2,1%). Según la clase social, los de clase alta declaran menos trastornos de conducta respecto del resto de grupos. En los extranjeros la prevalencia es de 0,4% mientras que en los nacidos en España es de 2,3%. Se observa cierta variabilidad en la prevalencia de trastornos de conducta según la CCAA, cuyo rango varía entre 0,2% en Murcia y 3,3% en Extremadura y Navarra.

Figura 2. Comparación del porcentaje de la población que percibe su salud como mala entre la población total y la que ha declarado alguna enfermedad crónica, trastornos mentales (ansiedad, depresión) o trastornos de conducta. Población 0-14 años (n=5495). ENSE 2011/12, MSSSI/INE



Los trastornos de salud mental como depresión o ansiedad se declaran en el 1% de los menores, siendo mayor la prevalencia en niños (1,2%) que en niñas (0,8%) y en los grupos de más edad, tanto en niños (2,6%) como en niñas (1,1%) entre 10-14 años. Los niños de clase social más favorecida presentan

prevalencias más bajas: 0,3% los de clase alta, 0,7% los de clase media y 1,4% los de clase baja. También se observa cierta variabilidad entre CCAA, así Extremadura y Canarias presentan una prevalencia de 2,1% y 2% respectivamente, mientras que Ceuta y Melilla son las CCAA con prevalencia más baja (0,0%). Entre los extranjeros la prevalencia de estos trastornos de salud mental es de 0,3% mientras que en los nacidos en España es de 1,1%.

Al analizar la relación entre los trastornos de salud mental y de conducta con otras variables se observa que la proporción de menores con percepción de salud mala fue mayor en los que declararon alguna enfermedad crónica, un trastorno de SM o un problema de conducta respecto del total de la población, y fue especialmente elevada la proporción de mala salud en los que declararon algún trastorno de SM (figura 2).

Entre el 20,9% de los menores que declararon alguna enfermedad crónica no relacionada con la salud mental hubo mayor proporción con limitación de actividad y días de cama en las últimas 2 semanas. No se encontraron diferencias en los hábitos y conductas relacionadas con la salud entre los que declararon alguna enfermedad crónica, trastorno de SM o de conducta respecto del resto de la población (tabla 2).

Tabla 2. Comparación de la limitación de actividad, la actividad física, el sedentarismo, y los hábitos alimentarios según la presencia de alguna enfermedad crónica, de trastornos de salud mental y de trastornos de conducta declarados. Población de 0-14 años (n=5495). ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | Total población 0-14 años | | Población 0-14 años con alguna enfermedad crónica | | Población 0-14 años con trastornos de salud mental | | Población 0-14 años con trastornos de conducta | |
|---|---------------------------|-----------|---|-----------|--|-----------|--|-----------|
| | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% |
| Limitación de actividad (últ 2 semanas) | 8,7 | 7,8-9,6 | 14,3 | 12,1-16,6 | 12,0 | 2,9-21,1 | 12,7 | 5,6-19,8 |
| Algún día de cama (últ 2 semanas) | 4,5 | 3,9-5,2 | 7,4 | 5,8-9,1 | 8,5 | 0,4-16,6 | 7,5 | 3,0-12,0 |
| Actividad física varias veces por semana | 14,5 | 13,4-15,7 | 16,1 | 13,5-18,6 | 10,6 | 1,8-19,4 | 19,2 | 11,1-27,3 |
| >2 horas diarias de pantallas | 15,7 | 14,5-16,8 | 15,9 | 13,6-18,2 | 11,8 | 3,7-19,8 | 15,1 | 8,5-21,7 |
| No desayunar antes de salir de casa | 0,8 | 0,6-1,1 | 0,5 | 0,1-1,0 | 1,5 | 0,01-4,5 | 1,3 | 0,01-3,2 |
| Consumo de frutas a diario o casi a diario | 62,7 | 61,2-64,3 | 62,2 | 58,9-65,5 | 44,5 | 28,2-60,8 | 59,7 | 48,7-70,6 |
| Consumo de comida rápida a diario o casi a diario | 25,1 | 23,7-26,4 | 29,0 | 26,0-32,1 | 30,2 | 15,6-44,7 | 25,7 | 17,3-34,1 |

2. Riesgo de mala salud mental según el SDQ

[Tablas 1052 a 1055] y [Tablas 1052a, 1052b, 1053a, 1053b, 1054a y 1054b]

El cuestionario SDQ se administró a la población de 4-14 años. El grupo de 4-7 años de edad presentó puntuaciones medias en Dificultades totales del SDQ (TDS) más elevadas (peor SM) que los grupos de mayor edad, y los niños puntuaciones más altas que las niñas (tabla 3).

Se observó un gradiente en las puntuaciones del TDS según el nivel de estudios más elevado de la familia y la clase social ocupacional de la persona principal, es decir que a peor nivel socioeconómico peor salud mental. Las familias monoparentales puntuaron peor el TDS que el resto de tipos de familias, así como las familias con alguno o todos sus miembros desempleados (tabla 3).

Tabla 3. Puntuación media de las dificultades totales del SDQ (TDS) según las características sociodemográficas. Población de 4 a 14 años (n=3960). España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | Media | IC 95% |
|--|-------|------------|
| Total | 8,52 | 8,32-8,72 |
| Edad | | |
| 4-7 a | 9,04 | 8,71-9,37 |
| 8-10 a | 8,10 | 7,73-8,48 |
| 11-14 a | 8,29 | 7,96-8,62 |
| Sexo | | |
| Niños | 8,86 | 8,58-9,14 |
| Niñas | 8,15 | 7,87-8,43 |
| Nivel de estudios familiar máximo | | |
| Primarios | 9,45 | 9,08-9,82 |
| Secundarios | 8,71 | 8,40-9,03 |
| Universitarios | 7,33 | 6,98-7,67 |
| Clase social | | |
| Alta | 7,62 | 7,20-8,02 |
| Media | 8,07 | 7,65-8,49 |
| Baja | 9,06 | 8,78-9,34 |
| No consta | 8,27 | 7,36-9,19 |
| Tipo de familia | | |
| Monoparental | 9,71 | 9,00-10,43 |
| Otro tipo | 8,20 | 7,41-8,91 |
| Situación laboral familiar | | |
| Ningún miembro desempleado | 8,22 | 7,98-8,45 |
| Algún miembro desempleado | 9,16 | 8,79-9,54 |
| Todos desempleados | 9,70 | 8,79-10,61 |

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; TDS: Puntuación en dificultad total.

La Tabla 4 presenta las puntuaciones totales (TDS) y de las 5 dimensiones del SDQ para el total de la población y por CCAA. En algunas CCAA las cifras presentan gran variabilidad debido al tamaño muestral.

Tabla 4. Puntuaciones de los cuestionarios SDQⁱⁱ por comunidad autónoma. Población de 4 a 14 años (n=3960). España, ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | SDQ TDS | | Trastornos emocionales | | Trastornos de conducta | | Hiperactividad | | Problemas con compañeros | | Conducta prosocial | |
|--------------------|---------|-------------|------------------------|-----------|------------------------|-----------|----------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------------|-----------|
| | Media | IC 95% | Media | IC 95% | Media | IC 95% | Media | IC 95% | Media | IC 95% | Media | IC 95% |
| Total | 8,52 | 8,32-8,72 | 1,76 | 1,69-1,83 | 1,67 | 1,61-1,73 | 3,99 | 3,89-4,08 | 1,09 | 1,04-1,15 | 8,90 | 8,85-8,96 |
| Andalucía | 8,71 | 8,22-9,20 | 1,71 | 1,54-1,87 | 1,68 | 1,52-1,84 | 4,14 | 3,92-4,36 | 1,19 | 1,04-1,33 | 9,06 | 8,92-9,19 |
| Aragón | 7,14 | 6,35-7,94 | 1,49 | 1,18-1,81 | 1,39 | 1,15-1,63 | 3,47 | 3,06-3,88 | 0,83 | 0,58-1,08 | 8,94 | 8,72-9,15 |
| Asturias | 9,58 | 8,56-10,59 | 1,71 | 1,34-2,08 | 2,05 | 1,71-2,39 | 4,47 | 4,00-4,93 | 1,35 | 1,07-1,64 | 8,05 | 7,68-8,41 |
| Baleares | 8,92 | 8,02-9,82 | 1,77 | 1,51-2,03 | 1,68 | 1,39-1,97 | 4,28 | 3,85-4,72 | 1,20 | 0,96-1,43 | 9,05 | 8,85-9,25 |
| Canarias | 8,04 | 7,31-8,77 | 1,57 | 1,34-1,80 | 1,58 | 1,37-1,80 | 3,71 | 3,33-4,09 | 1,19 | 0,97-1,42 | 9,33 | 9,15-9,51 |
| Cantabria | 5,50 | 4,70-6,30 | 0,93 | 0,69-1,17 | 0,83 | 0,56-1,10 | 3,09 | 2,67-3,52 | 0,65 | 0,45-0,85 | 9,00 | 8,72-9,27 |
| Castilla y León | 8,95 | 8,07-9,83 | 2,03 | 1,72-2,35 | 1,87 | 1,62-2,11 | 3,86 | 3,43-4,29 | 1,19 | 0,97-1,42 | 8,71 | 8,46-8,96 |
| Castilla-La Mancha | 8,82 | 7,99-9,65 | 1,84 | 1,54-2,15 | 1,93 | 1,66-2,21 | 4,15 | 3,72-4,57 | 0,91 | 0,73-1,08 | 8,96 | 8,77-9,15 |
| Cataluña | 8,67 | 8,12-9,22 | 1,98 | 1,78-2,17 | 1,48 | 1,33-1,64 | 4,09 | 3,80-4,37 | 1,13 | 0,97-1,25 | 8,98 | 8,84-9,12 |
| Valencia | 7,61 | 6,99-8,23 | 1,38 | 1,20-1,56 | 1,52 | 1,31-1,73 | 3,95 | 3,65-4,24 | 0,79 | 0,65-0,93 | 8,85 | 8,69-9,01 |
| Extremadura | 8,96 | 7,95-9,98 | 1,89 | 1,58-2,21 | 2,07 | 1,76-2,38 | 3,86 | 3,36-4,35 | 1,13 | 0,88-1,38 | 8,73 | 8,44-9,01 |
| Galicia | 8,83 | 8,05-9,60 | 2,05 | 1,78-2,31 | 1,71 | 1,46-1,96 | 3,76 | 3,40-4,12 | 1,31 | 1,07-1,56 | 8,83 | 8,61-9,04 |
| Madrid | 8,14 | 7,55-8,72 | 1,63 | 1,42-1,83 | 1,64 | 1,47-1,81 | 3,92 | 3,63-4,21 | 0,96 | 0,82-1,1 | 8,95 | 8,789,12- |
| Murcia | 11,03 | 10,11-11,96 | 2,63 | 2,33-2,93 | 2,26 | 1,98-2,54 | 4,08 | 3,76-4,40 | 2,07 | 1,79-2,36 | 7,76 | 7,42-8,10 |
| Navarra | 8,31 | 7,19-9,44 | 1,84 | 1,46-2,22 | 1,99 | 1,65-2,32 | 3,82 | 3,25-4,39 | 0,67 | 0,45-0,89 | 9,14 | 8,71-9,11 |
| País Vasco | 9,43 | 8,63-10,23 | 1,99 | 1,67-2,31 | 1,46 | 1,17-1,76 | 4,27 | 3,86-4,67 | 1,11 | 0,89-1,34 | 8,91 | 8,71-9,11 |
| Rioja | 7,60 | 6,77-8,43 | 1,40 | 1,06-1,74 | 2,27 | 1,51-3,03 | 3,82 | 3,32-4,32 | 0,92 | 0,66-1,18 | 7,09 | 8,82-9,35 |
| Ceuta | 9,11 | 7,06-11,17 | 1,58 | 1,08-2,09 | 2,27 | 1,51-3,03 | 3,72 | 2,95-4,49 | 1,54 | 0,98-2,11 | 8,52 | 8,03-9,02 |
| Melilla | 4,83 | 3,97-5,69 | 0,64 | 0,40-0,88 | 0,6 | 0,32-0,89 | 2,31 | 1,85-2,76 | 1,31 | 1,12-1,5 | 9,05 | 8,62-9,48 |

ⁱⁱ El TDS puntúa entre 0 y 40, y cada dimensión puntúa entre 0 y 10. Excepto para la dimensión prosocial, a mayor puntuación, peor SM.

De las 5 dimensiones del riesgo de mala salud mental que estudia el SDQⁱⁱⁱ, la primera son los síntomas emocionales. No se observan diferencias destacables en las puntuaciones según la edad y el sexo. Los menores de clase social alta presentan una puntuación media de 1,6 mientras que en los menores de clase baja la puntuación media es de 1,9. El rango de las puntuaciones en síntomas emocionales entre CCAA varía entre 2,6 en Murcia y 0,6 en Melilla.

En segundo lugar el SDQ explora los problemas de conducta. No se observan diferencias destacables según la edad y el sexo. Los menores de clase social alta presentan una puntuación media de 1,5 mientras que en los de clase social baja la puntuación media es de 1,8. Respecto de la CCAA, se observa la puntuación más elevada en Murcia (2,3) y la más baja en Melilla (0,6).

La hiperactividad es más elevada en los niños, con una puntuación media de 4,3 respecto de las niñas, cuya puntuación es de 3,7. El rango de puntuaciones en hiperactividad según la CCAA varía entre 4,5 en Asturias y 2,3 en Melilla.

Otra de las dimensiones analizadas son los problemas con compañeros, sin que se observen diferencias destacables. El rango de puntuaciones entre CCAA varía de 2,1 en Murcia y 0,7 en Cantabria y Navarra.

Finalmente, la última de las dimensiones del SDQ exploradas es la conducta prosocial. La puntuación media en la dimensión prosocial es de 8,9 y no presenta diferencias destacables según la edad, el sexo, la clase social, el país de nacimiento o la CCAA.

Tabla 5. Puntuación media en el SDQ (TDS) según las conductas relacionadas con la salud (n=3960), INSE 2011/12, MSSSI/INE

| | Media | IC 95% |
|---|-------|------------|
| Hábitos y conductas | | |
| Actividad física varios días por semana | | |
| No | 8,65 | 8,43-8,87 |
| Sí | 7,97 | 7,50-8,43 |
| Sedentario (>2hs diarias de pantallas) | | |
| No | 8,38 | 8,16-8,60 |
| Sí | 9,06 | 8,63-9,48 |
| Hábito de desayuno diario antes de salir de casa | | |
| No desayuna en casa | 12,08 | 9,93-14,23 |
| Sí | 8,48 | 8,28-8,68 |
| Consumo de comida rápida a diario o casi diaria | | |
| No | 8,86 | 8,56-9,19 |
| Sí | 8,30 | 8,05-8,55 |
| Consumo de frutas a diario o casi a diario | | |
| No | 8,21 | 7,99-8,44 |
| Sí | 9,25 | 8,86-9,65 |

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; TDS: Puntuación en dificultad total.

Las puntuaciones medias del TDS presentaron diferencias según los hábitos y conductas relacionadas con la salud (tabla 5). Así, dichas puntuaciones fueron más elevadas (peores) en los que declararon pasar más de 2 horas diarias delante de pantallas, no desayunar antes de salir de casa y consumo diario o casi diario de comida rápida, mientras que la actividad física presentó diferencias en el límite de la significación estadística.

ⁱⁱⁱ El rango de puntuaciones de las dimensiones es de 0-10 y una mayor puntuación indica peor salud mental, excepto en conducta prosocial que es a la inversa.

Las puntuaciones del TDS del SDQ se estratificaron en 2 categorías siguiendo la propuesta de los autores originales del instrumento, recodificando la variable TDS en “probables casos” de riesgo de mala SM vs. puntuaciones límite y no casos. Aunque, tal y como se ha comentado, esta categorización presenta un rendimiento bajo si se pretende utilizar como herramienta de diagnóstico, en este caso se ha analizado su relación con la salud y el uso de servicios sanitarios (tablas 6 y 7 y figuras 3 y 4).

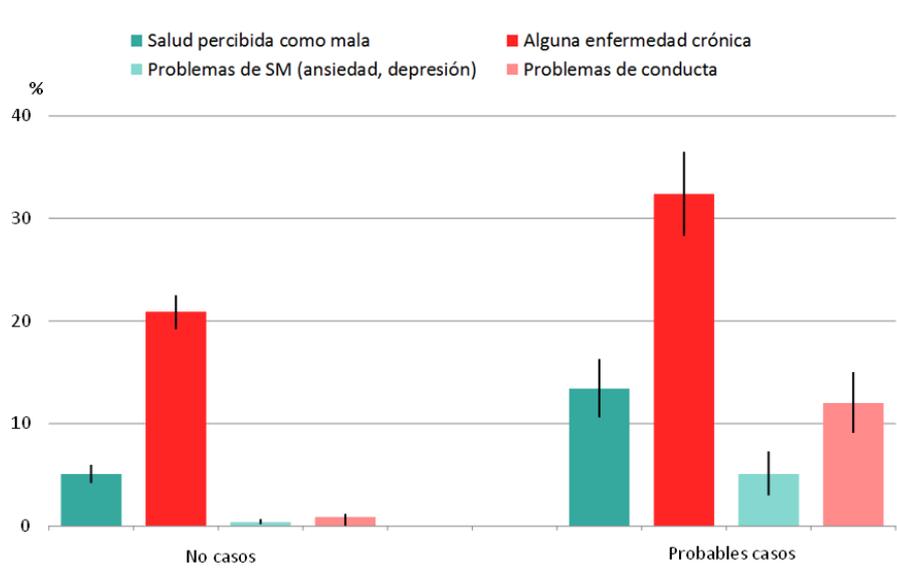
Tabla 6. Problemas de salud según el riesgo de mala salud mental (SDQ-TDS) (N=3960). ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | % | IC 95% |
|---------------------------------------|------|-----------|
| No casos | | |
| Salud percibida como mala | 5,1 | 4,2-6,0 |
| Alguna enfermedad crónica | 20,9 | 19,2-22,5 |
| Problemas de SM (ansiedad, depresión) | 0,4 | 0,2-0,7 |
| Problemas de conducta | 0,9 | 0,1-1,2 |
| Probables casos | | |
| Salud percibida como mala | 13,4 | 10,6-16,3 |
| Alguna enfermedad crónica | 27,2 | 23,4-31,0 |
| Problemas de SM (ansiedad, depresión) | 5,1 | 3,0-7,3 |
| Problemas de conducta | 12,0 | 9,1-15 |

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; TDS: Puntuación en dificultad total.

El porcentaje de menores con puntuaciones del TDS en el rango de probable caso declaró en mayor proporción la salud percibida como regular o mala (13,4%) que los no casos (5,1%), y también mayor probabilidad de padecer alguna enfermedad crónica, así como algún trastorno de SM y algún trastorno de la conducta (tabla 6 y figura 3).

Figura 3. Frecuencia de cuatro problemas de salud según el riesgo de mala salud mental (SDQ-TDS). ENSE 2011/12, MSSSI/INE



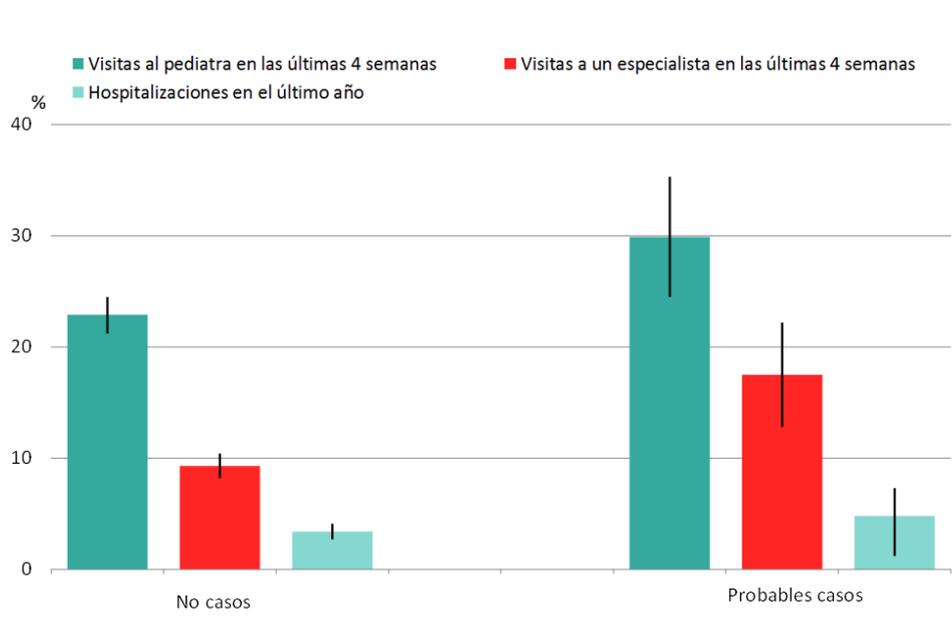
En relación con la utilización de servicios sanitarios (tabla 7 y figura 4), declararon en mayor proporción haber visitado al especialista en las 4 últimas semanas los probables casos de problemas de SM según el TDS. En el caso de las visitas al pediatra y las hospitalizaciones en el último año éstas resultaron en el límite de la significación estadística.

Tabla 7. Uso de servicios sanitarios según el riesgo de mala salud mental (SDQ-TDS) (N=3960). ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | % | IC 95% |
|--|------|-----------|
| No casos | | |
| Visitas al pediatra en las últimas 4 semanas | 22,9 | 21,2-24,5 |
| Visitas a un especialista en las últimas 4 semanas | 9,3 | 8,2-10,4 |
| Hospitalizaciones en el último año | 3,1 | 2,3-3,7 |
| Probables casos | | |
| Visitas al pediatra en las últimas 4 semanas | 29,9 | 24,5-35,3 |
| Visitas a un especialista en las últimas 4 semanas | 17,5 | 12,8-22,2 |
| Hospitalizaciones en el último año | 6,0 | 3,7-8,2 |

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; TDS: Puntuación en dificultad total.

Figura 4. Uso de servicios sanitarios según el riesgo de mala salud mental (SDQ-TDS). ENSE 2011/12, MSSSI/INE



3. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

[Tablas 1043 a 1045]

El cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-10 se administró a la población de 8 a 14 años. El rango de puntuaciones varía entre 0, la peor calidad de vida posible, y 100, la mejor calidad de vida posible.

La puntuación media en la población fue de 87,9. No se observaron diferencias destacables en las puntuaciones del KIDSCREEN según el sexo. Los menores extranjeros puntúan 86,6 mientras que los españoles puntúan 88,0. Según la clase social, los niños de clase alta puntúan 88,5 y las niñas 89,2 mientras que los niños de clase social baja puntúan 87,5 y las niñas puntúan 87,3.

La CVRS evaluada con el índice KIDSCREEN-10 mostró diferencias significativas, con puntuaciones más elevadas (mejores) entre los más jóvenes (8-10 años) respecto de los mayores, y en los de clase social más favorecida respecto de los de clase menos favorecida. No se encontraron diferencias según el resto de factores sociodemográficos (tabla 8).

Tabla 8. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS, KIDSCREEN-10 en escala 0-100) según las características sociodemográficas, Población de 8-14 años (n=2571). ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | Media | IC 95% |
|--|-------|-------------|
| Total | 87,87 | 87,40-88,34 |
| Edad | | |
| 8-10 años | 88,65 | 87,91-89,40 |
| 11-14 años | 87,27 | 86,68-87,87 |
| Sexo | | |
| Niño | 87,79 | 87,16-88,42 |
| Niña | 87,96 | 87,26-88,65 |
| Clase social ocupacional | | |
| Alta | 88,90 | 87,93-89,88 |
| Media | 88,11 | 86,97-89,24 |
| Baja | 87,43 | 86,79-88,07 |
| No consta | 87,74 | 86,14-89,35 |
| Nivel de estudios máximo familiar | | |
| Primarios | 87,57 | 86,77-88,37 |
| Secundarios | 87,53 | 86,74-88,31 |
| Universitarios | 88,7 | 87,86-89,55 |
| Tipo de familia | | |
| Monoparental | 85,05 | 83,55-86,55 |
| Otro tipo | 88,42 | 87,90-88,94 |
| Situación laboral familiar | | |
| Ningún desempleado | 88,24 | 87,70-88,78 |
| Algún desempleado | 87,09 | 86,19-88,00 |
| Todos desempleados | 86,85 | 84,65-89,06 |

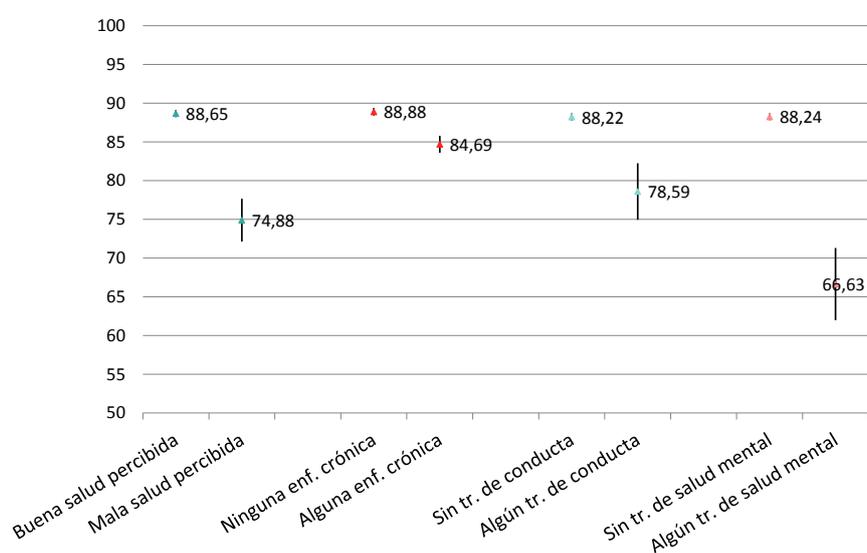
Se observa cierta variabilidad en las puntuaciones del KIDSCREEN según CCAA. Así, el rango varía entre 90,7 de puntuación media en la Comunidad Valenciana y 83,8 en Asturias (tabla 9).

Tabla 9. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS, KIDSCREEN-10 en escala 0-100) por comunidad autónoma. Población de 8-14 años (n=2571). ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| KIDSCREEN-10 | Media | IC 95% |
|--------------------|-------|-------------|
| Total | 87,87 | 87,41-88,34 |
| Andalucía | 88,85 | 87,62-90,09 |
| Aragón | 88,52 | 86,58-90,45 |
| Asturias | 83,80 | 80,90-86,68 |
| Baleares | 86,84 | 84,53-89,15 |
| Canarias | 86,37 | 84,24-88,50 |
| Cantabria | 87,05 | 85,31-88,80 |
| Castilla y León | 86,66 | 84,73-88,60 |
| Castilla-La Mancha | 92,75 | 91,22-94,28 |
| Cataluña | 85,63 | 84,17-87,09 |
| Valencia | 90,70 | 89,63-91,76 |
| Extremadura | 88,43 | 86,46-90,39 |
| Galicia | 83,38 | 81,66-85,10 |
| Madrid | 89,83 | 88,67-91,00 |
| Murcia | 84,87 | 82,56-87,17 |
| Navarra | 85,37 | 83,02-87,71 |
| País Vasco | 84,94 | 82,99-86,90 |
| Rioja | 85,73 | 83,69-87,76 |
| Ceuta | 82,68 | 78,08-87,29 |
| Melilla | 88,78 | 86,36-91,19 |

Los que declararon una salud percibida mala y los que declararon algún problema crónico de salud, trastornos de SM, y trastornos de conducta presentaron peor CVRS (figura 5).

Figura 5. CVRS (KIDSCREEN-10 en escala 0-100) según el estado de salud y la declaración de problemas de salud, ENSE 2011/12, MSSSI/INE



La CVRS ha resultado más elevada (mejor) en los que declararon practicar actividad física varios días por semana y consumo de frutas a diario o casi a diario, mientras que en el resto de hábitos no se encontraron diferencias o estuvieron en el límite de la significación estadística (tabla 10).

Tabla 10. CVRS (KIDSCREEN-10 en escala 0-100) según las conductas relacionadas con la salud (n=2571), ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | Media | IC 95% |
|---|-------|-------------|
| Hábitos y conductas | | |
| Actividad física | | |
| No | 87,37 | 86,82-87,91 |
| Sí | 89,65 | 88,77-90,54 |
| Sedentario (>2hs diarias de pantallas) | | |
| No | 88,22 | 87,66-88,78 |
| Sí | 86,9 | 86,06-87,75 |
| Hábito de desayuno diario antes de salir de casa | | |
| No desayuna | 85,28 | 81,96-88,6 |
| Sí | 87,91 | 87,44-88,38 |
| Consumo de comida rápida casi diaria | | |
| No | 88,12 | 87,55-88,68 |
| Sí | 87,38 | 86,55-88,21 |
| Consumo de frutas casi a diario | | |
| No | 86,81 | 86,01-87,61 |
| Sí | 88,65 | 88,09-89,21 |

En cuanto al uso de servicios sanitarios (tabla 11), presentaron peores puntuaciones en CVRS los que visitaron el pediatra y el especialista en las últimas 4 semanas, así como los que ingresaron en el hospital el último año.

Tabla 11. CVRS (KIDSCREEN-10 en escala 0-100) según el uso de servicios sanitarios (n=2571), ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | % | IC 95% |
|---|-------|-------------|
| Uso de servicios sanitarios | | |
| Consulta al pediatra las 4 últimas semanas | | |
| No | 88,55 | 88,04-89,05 |
| Sí | 85,13 | 83,99-86,27 |
| Consulta a un especialista (4 semanas) | | |
| No | 88,44 | 87,98-88,91 |
| Sí | 82,63 | 80,59-84,67 |
| Hospitalizaciones en el último año | | |
| No | 88,01 | 87,55-88,48 |
| Sí | 81,96 | 77,43-86,49 |

Para analizar su relación con la CVRS se estratificó la muestra según las categorías “no caso”, “puntuación límite”, y “probable caso” del SDQ en cada una de sus dimensiones (tabla 12). El KIDSCREEN-10 presentó un claro gradiente en las dificultades totales, así como en cada dimensión de la SM, con peores puntuaciones y diferencias considerables entre los no casos y los probables casos.

Tabla 12. CVRS (KIDSCREEN-10 en escala 0-100) según los probables casos, puntuaciones límites y no casos en el SDQ y sus dimensiones (n=2571), ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | Media | IC 95% |
|-----------------------------------|-------|-------------|
| SDQ | | |
| Problemas emocionales | | |
| No caso | 89,22 | 88,78-89,67 |
| Puntuación límite | 85,29 | 86,57-87,01 |
| Probable caso | 77,95 | 75,87-80,02 |
| Problemas de conducta | | |
| No caso | 89,22 | 88,78-89,67 |
| Puntuación límite | 85,29 | 83,57-87,01 |
| Probable caso | 77,95 | 75,87-80,02 |
| Hiperactividad | | |
| No caso | 88,86 | 88,35-89,37 |
| Puntuación límite | 86,53 | 84,71-88,34 |
| Probable caso | 84,27 | 83,04-85,50 |
| Problemas con compañeros | | |
| No caso | 88,89 | 88,43-89,35 |
| Puntuación límite | 84,35 | 81,94-86,76 |
| Probable caso | 78,43 | 76,20-80,66 |
| Conducta pro-social | | |
| No caso | 88,12 | 87,65-88,59 |
| Puntuación límite | 81,51 | 77,70-85,31 |
| Probable caso | 80,64 | 75,95-85,33 |
| Dificultades totales (TDS) | | |
| No caso | 89,26 | 88,80-89,71 |
| Puntuación límite | 83,77 | 81,65-85,89 |
| Probable caso | 78,04 | 76,02-80,06 |

El modelo de regresión lineal múltiple del KIDSCREEN-10 mostró la influencia de la edad, a menor edad la puntuación en CVRS fue más elevada (mejor), y de la SM (a peor puntuación en el SDQ peor CVRS), así como una interacción entre la declaración de alguna enfermedad crónica y la SM (tabla 13).

Tabla 13. Regresión lineal múltiple del KIDSCREEN-10 (n=2571), ENSE 2011/12, MSSSI/INE

| | Coefficiente (B) | Error estándar | T |
|----------------------------------|------------------|----------------|--------|
| Edad | -0,41 | 0,11 | <0,001 |
| Sexo | -0,36 | 0,46 | 0,43 |
| Alguna enfermedad crónica | -0,9 | 0,96 | 0,35 |
| Puntuación TDS-SDQ | -0,58 | 0,05 | <0,001 |
| Clase social | | | |
| Media | -0,33 | 0,72 | 0,64 |
| Baja | -0,81 | 0,55 | 0,14 |
| Todos desempleados | 0,07 | 1,03 | 0,97 |
| Interacción | | | |
| TDS* alguna enfermedad crónica | -0,26 | 0,11 | 0,01 |

Categorías de referencia: sexo (niño); no enfermedades crónicas; clase social alta

4. Comparación ENSE 2006 y ENSE 2011/12

Los cuestionarios SDQ y KIDSCREEN se incluyeron en la ENSE por primera vez en la edición de 2006. Los contenidos del cuestionario de 2006 y de 2011/12 fueron similares. De esta forma, aunque no es posible establecer estrictamente una tendencia temporal con sólo 2 valores puntuales, es factible comparar las 2 encuestas y analizar los cambios. Las puntuaciones del KIDSCREEN 2006 se han estimado con la metodología de 2011/12 para permitir la comparación, y las tablas se presentan en el Apéndice.

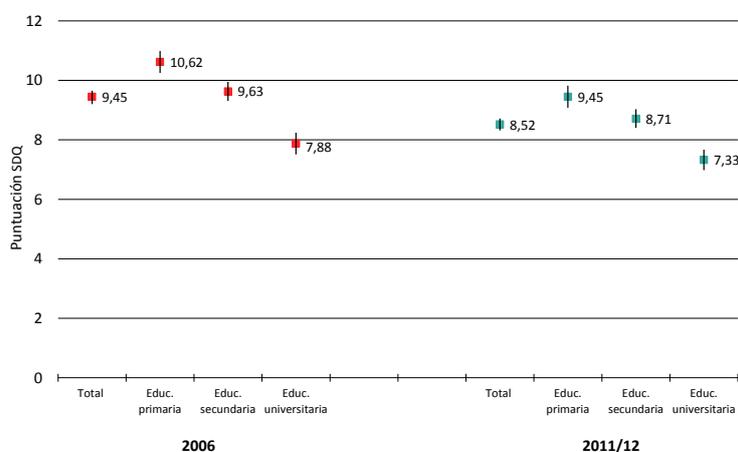
Las puntuaciones medias de las dimensiones del SDQ y así como las Dificultades totales presentaron una mejoría significativa entre 2006 y 2011/12 para el total de la población (tabla 14).

Tabla 14. Comparación de las puntuaciones del SDQ en la ENSE infantil 2006 y 2011/12. Población de 4-14 años. MSSSI/INE

| Salud mental | 2006 (n=5894) | | 2011/12 (n=3960) | |
|--------------------------|---------------|-----------|------------------|-----------|
| | Media | IC 95% | Media | IC 95% |
| Problemas emocionales | 1,96 | 1,90-2,03 | 1,76 | 1,69-1,81 |
| Problemas de conducta | 1,95 | 1,89-2,02 | 1,67 | 1,61-1,73 |
| Hiperactividad | 4,26 | 4,17-4,35 | 3,98 | 3,89-4,08 |
| Problemas con compañeros | 1,26 | 1,20-1,31 | 1,09 | 1,04-1,15 |
| Conducta pro-social | 8,69 | 8,64-8,75 | 8,9 | 8,85-8,96 |
| Dificultades totales | 9,45 | 9,24-9,65 | 8,52 | 8,32-8,72 |

Esta tendencia se observó en casi todas las variables y categorías analizadas. Así, se mantuvieron las diferencias según el nivel máximo de estudios de la familia, con puntuaciones más bajas (mejores) en los menores de familias universitarias respecto del resto de niveles de estudio, aunque todas las categorías presentaron puntuaciones más bajas (mejores) en la ENSE 2011/12 respecto de 2006 (figura 6).

Figura 6. Puntuación en Dificultades totales (TDS) del SDQ según el nivel de estudios más elevado de la familia, MSSSI/INE 2006 y 2011/12



SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; TDS: dificultades totales

El resto de los determinantes sociales de la salud mental analizados presentaron resultados similares en ambas encuestas (tabla 15). Así, las puntuaciones en el TDS del SDQ fueron peores en los niños y niñas de familias monoparentales, de clase social más desfavorecida y de familias con algún miembro o todos sus miembros desempleados. En todos los casos las puntuaciones fueron más bajas (mejores) en la ENSE 2011/12 respecto del 2006.

Tabla 15. Comparación de las puntuaciones en Dificultades totales (TDS) del SDQ en la ENSE 2006 y 2011/12 según las variables sociodemográficas, MSSSI/INE

| Edad | 2006 (n=5894) | | 2011/12 (n=3960) | |
|--|---------------|-------------|------------------|------------|
| | Media | IC 95% | Media | IC 95% |
| 4-7 años | 9,91 | 9,57-10,26 | 9,04 | 8,71-9,37 |
| 8-10 años | 9,7 | 9,30-10,11 | 8,10 | 7,73-8,48 |
| 11-14 años | 8,87 | 8,54-9,19 | 8,29 | 7,96-8,62 |
| Sexo | | | | |
| Niño | 9,71 | 9,42-10,00 | 8,86 | 8,58-9,14 |
| Niña | 9,17 | 8,89-9,46 | 8,15 | 7,87-8,43 |
| Nivel de estudios familiar máximo | | | | |
| Primarios | 10,62 | 10,25-10,99 | 9,45 | 9,08-9,82 |
| Secundarios | 9,63 | 9,31-9,95 | 8,71 | 8,40-9,03 |
| Universitarios | 7,88 | 7,51-8,24 | 7,33 | 6,98-7,67 |
| Clase social | | | | |
| Alta | 7,74 | 7,36-8,12 | 7,62 | 7,20-8,02 |
| Media | 8,91 | 8,5-9,32 | 8,07 | 7,65-8,49 |
| Baja | 10,49 | 10,21-10,78 | 9,06 | 8,78-9,34 |
| No consta | 8,82 | 6,90-10,75 | 8,27 | 7,36-9,19 |
| Tipo de familia | | | | |
| Monoparental | 11,41 | 10,65-12,17 | 9,71 | 9,00-10,43 |
| Otro tipo | 9,24 | 9,03-9,45 | 8,38 | 8,17-8,51 |
| Situación laboral familiar | | | | |
| Ningún desempleado | 9,33 | 9,11-9,55 | 8,22 | 7,98-8,45 |
| Algún desempleado | 10,2 | 9,59-10,81 | 9,16 | 8,79-9,54 |
| Todos desempleados | 12,14 | 9,96-14,31 | 9,70 | 8,79-10,61 |

Los resultados presentaron una tendencia similar cuando se analizó la CVRS (tabla 16). Las puntuaciones del KIDSCREEN-10 fueron ligeramente más elevadas (mejores) en la ENSE 2011/12 respecto de la ENSE 2006. No se observaron diferencias según la clase social o el nivel de estudios familiar o estas diferencias estuvieron en el límite de la significación estadística, tanto en la ENSE 2006 como en 2011/12. Los menores de familias monoparentales y los que declararon algún miembro familiar desempleado presentaron peores puntuaciones en CVRS respecto del resto de tipos de familias en ambas encuestas.

Tabla 16. Comparación de las puntuaciones del KIDSCREEN-10 en 2006 y 2011/12. Población 8-14 años. MSSSI/INE

| | 2006 (n=3990) | | 2012 (n=2571) | |
|-----------------------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Media | IC 95% | Media | IC 95% |
| Total | 85,54 | 85,11-85,96 | 87,87 | 87,4-88,34 |
| Edad | | | | |
| 8-10 años | 86,06 | 85,41-86,7 | 88,65 | 87,91-89,40 |
| 11-14 años | 85,18 | 84,62-85,74 | 87,27 | 86,68-87,87 |
| Sexo | | | | |
| Niño | 85,18 | 84,58-85,78 | 87,79 | 87,16-88,42 |
| Niña | 85,93 | 85,32-86,53 | 87,96 | 87,26-88,65 |
| Clase social ocupacional | | | | |
| Alta | 85,86 | 84,96-86,76 | 88,9 | 87,93-89,88 |
| Media | 86,18 | 85,35-87,01 | 88,11 | 86,97-89,24 |
| Baja | 85,04 | 84,44-85,65 | 87,43 | 86,79-88,07 |
| No consta | 86,74 | 83,95-89,52 | 87,74 | 86,14-89,35 |
| Nivel de estudios | | | | |
| Primarios | 85,5 | 84,72-86,29 | 87,57 | 86,77-88,37 |
| Secundarios | 85,45 | 84,81-86,10 | 87,53 | 86,74-88,31 |
| Universitarios | 85,73 | 84,9-86,57 | 88,70 | 87,86-89,55 |
| Tipo de familia | | | | |
| Monoparental | 84,34 | 83,13-84,55 | 85,05 | 83,55-86,55 |
| Otro tipo | 58,69 | 85,24-86,15 | 88,42 | 87,90-88,94 |
| Situación laboral familiar | | | | |
| Ningún desempleado | 85,51 | 85,05-85,97 | 88,24 | 87,70-88,78 |
| Algún desempleado | 85,72 | 84,59-86,85 | 87,09 | 86,19-88,00 |
| Todos desempleados | 87,42 | 84,61-90,23 | 86,85 | 84,65-89,06 |

DISCUSIÓN

El presente informe pretende llevar a cabo una aproximación a la salud mental y la calidad de vida de la población infantil española, analizar el papel de los determinantes sociales en la SM y la CVRS y establecer una comparación entre la ENSE 2011/12 y la ENSE 2006 en estos aspectos. Las encuestas de salud general, como es el caso de la ENSE, proporcionan información útil sobre múltiples factores que afectan la salud infantil. Sin embargo, este grupo de población suele recibir menos atención si se compara con la explotación habitual de los datos de las encuestas de población general adulta.

Aunque no es posible profundizar en aspectos muy específicos, la encuesta ha proporcionado una descripción de los problemas de salud mental, así como del acceso y uso de servicios sanitarios y, por tanto, es posible contribuir a orientar las políticas sanitarias destinadas a mejorar la atención a la SM y mejorar la CVRS de la población infantil.

La ENSE ha permitido estudiar los determinantes sociales en SM infantil. La mayoría de los factores sociodemográficos analizados presentaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del TDS. Los de menos edad y los niños puntuaron peor su SM en relación a los mayores y las niñas. Este hecho podría estar relacionado con la orientación general del instrumento, que contiene mayor proporción de preguntas relacionadas con trastornos de conducta e hiperactividad y en menor medida los trastornos emocionales. Por otra parte, estos resultados coinciden con los obtenidos en otros estudios poblacionales de muestras representativas^{37, 38, 39}. Además, otros determinantes sociales de la SM también han mostrado un peso importante, como el nivel socioeconómico, ya sea analizado a través del nivel de estudios o de la clase social ocupacional de la familia. Este aspecto ya había sido abordado a partir del análisis de la ENSE 2006⁴⁰, y ha sido confirmado en el presente informe. Es también importante destacar el tipo de familia monoparental y el desempleo familiar como factores de vulnerabilidad que potencian una peor SM y CVRS infantil y que se tendría que tener en cuenta en la implementación de cualquier programa de promoción de salud infantil a nivel comunitario.

Entre otros países, en Reino Unido y en Alemania se han llevado a cabo estudios específicamente centrados en la salud mental infantil^{10, 15}. Las muestras de estos estudios son muy amplias, y también recogen información de diversas fuentes, pero utilizan instrumentos no sólo de cribado, sino que los comparan con instrumentos de diagnóstico, y de esta forma es posible conocer el rendimiento de los primeros. Las ventajas de administrar un instrumento de cribado son su brevedad, la facilidad de administración, y la poca carga para quien lo administra y quien lo contesta. Aunque el presente estudio no permite determinar la prevalencia de problemas de SM, los resultados obtenidos, así como los de estudios previos internacionales⁸, sugieren que las puntuaciones del SDQ se sitúan en valores intermedios comparados con los de otros países europeos, ya que los resultados son comparables entre países dado que la recogida de los datos del estudio se llevó a cabo de forma sistematizada y utilizando la misma metodología y los mismos instrumentos. Por otra parte, el uso continuado del SDQ en la encuesta permitirá analizar la evolución longitudinal de la SM infantil y estudiar los cambios, así como las necesidades en atención a la SM de la población general infantil. La versión para padres del SDQ ha mostrado capacidad para evaluar la SM infantil y aceptables propiedades psicométricas en diversos estudios internacionales⁴¹.

En la actualidad es ampliamente aceptada la etiología multifactorial de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia, como en la mayoría de problemas de salud. Sin embargo, en algunos problemas como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), o el trastorno obsesivo compulsivo, se atribuye mayor preponderancia a los factores genéticos, neurobiológicos y del desarrollo cerebral⁴², aunque no existe consenso general al respecto⁴³. 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 asociadas a la clase social y las condiciones laborales familiares, el lugar de residencia, o el nivel de estudios familiar como modelo a 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, planificadores, pediatras clínicos y 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 nivel individual y comunitario.

Los datos del presente informe también podrían ser útiles como población de referencia para futuros estudios en subgrupos de población con problemas específicos de salud, tal y como ya se había hecho con la muestra de la ENSE 2006⁴⁴.

Existen importantes lagunas de información sobre la salud mental infantil. Este estudio pone de relieve la necesidad de mejorar la recogida de los datos tanto de población general como de los servicios sanitarios. Los datos recogidos en la ENSE aportan información útil, comparable en el tiempo, y con posibilidades de llevar a cabo series temporales basadas en su continuidad. La ampliación de la información individualizada de las personas responsables del menor (nivel de estudios, origen, etc.) permitiría profundizar en los factores que influyen en la salud mental y la calidad de vida. Estos factores también se deberían recoger desde los servicios sanitarios. De esta forma se podría mejorar la prevención y la atención así como la necesidad de enfoques innovadores en la capacitación de los profesionales dedicados a la atención en la infancia y especialmente en salud mental⁴⁵.

El presente informe ha mostrado que la CVRS de la población infantil española se sitúa en los valores de excelente salud, y es comparable a la de los países europeos con mejores indicadores de salud infantil³⁴. Sin embargo, también se ha encontrado un patrón de desigualdades sociales en algunos hábitos y conductas relacionadas con la salud infantil, como declarar actividad física y el consumo de alimentos saludables.

La salud percibida y la CVRS son ampliamente utilizadas en encuestas poblacionales de salud como indicadores de necesidades en salud y como predictores del futuro uso de los servicios sanitarios. El informe presente intenta aportar información sobre los factores protectores para la salud en el futuro.

La comparación de los resultados en SM y CVRS entre 2006 y 2011/12 ha mostrado que ambos factores estudiados han mejorado en promedio en la población infantil. Las puntuaciones de la muestra infantil de la ENSE 2011/12 fueron mejores tanto en SM como en CVRS. Este hecho puede tener relación con la mejora observada en los indicadores de salud en la población general⁴⁶, así como con otros indicadores analizados en este estudio que tendrán que ser confirmado mediante el análisis de las tendencias con nuevos datos recogidos en el futuro.

Limitaciones

Las características metodológicas de la ENSE presentan ventajas y limitaciones. El cuestionario del hogar recoge datos de todos los miembros, aunque se recogen con más detalle los del adulto seleccionado y de la persona de referencia que los del resto de los miembros del hogar. Este hecho hace que, por

ejemplo, si el adulto seleccionado es la madre o el padre del niño o niña, se puedan recoger y analizar la mayoría de variables necesarias en relación con los determinantes de la salud infantil. Pero si aleatoriamente se selecciona a otra persona del hogar la información respecto del menor es limitada. Por este motivo algunas variables con potencial influencia en la SM infantil no se han podido analizar, como el país de origen de los progenitores del menor o el nivel de estudios de la madre, ya que no se han podido caracterizar en todos los casos. No obstante, se han podido analizar la mayoría de las variables sociodemográficas familiares a partir de los datos disponibles teniendo en cuenta la unidad familiar.

En relación con la medida de la CVRS, la información recogida en la ENSE se obtiene a partir del cuidador principal del niño, lo que podría implicar un sesgo (sesgo del informador), ya que por definición la CVRS es autopercebida. Este posible sesgo es importante también en los datos sobre salud mental infantil ya que no es posible contrastar la información con los diagnósticos clínicos de los servicios sanitarios. Sin embargo, en las encuestas de salud en los niños se acepta universalmente la recogida de información a partir del cuidador principal, generalmente la madre. Además, aunque la información sobre los diagnósticos clínicos declarados por el informador puede tener validez relativa, es información muy valiosa cuando se analiza como medida de necesidad en salud. Otra limitación se deriva del diseño transversal de la ENSE, que no permite determinar la direccionalidad de las asociaciones encontradas. Por ejemplo, en relación al hecho de que los menores que consultaron los servicios sanitarios presentaron peor CVRS, no es posible establecer la direccionalidad de la relación. Algunos factores con potencial influencia en la SM infantil no se han podido incluir por no ser un estudio específico de SM. Por ejemplo, la morbilidad psiquiátrica de los padres podría explicar parte de la variabilidad en las puntuaciones del SDQ. Tampoco se ha podido estudiar el consumo de psicofármacos en población infantil por falta de muestra y, en algunos casos, los resultados obtenidos al estratificar los datos han sido algo inestables por el mismo motivo.

Con respecto al SDQ, aunque es un instrumento ampliamente utilizado y difundido, sus propiedades psicométricas son limitadas. En la muestra del presente informe las dimensiones del SDQ presentaron una fiabilidad con un coeficiente alfa de Cronbach algo por debajo de 0,70, que es el valor recomendado como aceptable, y sólo el índice TDS superaba esta cifra (alfa=0,71). Por otra parte, en la ENSE no se ha incluido el módulo de impacto en la vida cotidiana y la discapacidad provocada por los problemas de SM, aunque este módulo no impide llevar a cabo los análisis básicos como los del informe presente. Algunas diferencias en la distribución por edad de los trastornos mentales y de conducta frente a la de las puntuaciones del SDQ podrían estar relacionadas con las diferentes características de la información recogida. En el primer caso se recogen los trastornos mentales y de conducta diagnosticados por un médico que el informante declara que el menor ha padecido en el último año, más frecuentes en los de mayor edad, mientras que el SDQ mide mayor o menor riesgo de mala salud mental, con puntuaciones más elevadas entre los menores.

Entre las fortalezas del informe se encuentran el uso de medidas reproducibles y comparables y los métodos de análisis utilizados. A partir de los resultados se pueden establecer comparaciones con los resultados de otros países y otros contextos. Por otra parte el tamaño muestral amplio ha permitido analizar los factores determinantes de la SM infantil y su relación con la CVRS de manera aceptable.

En conclusión, los resultados muestran la existencia de factores de vulnerabilidad en SM infantil y su impacto en la CVRS y el informe aporta información útil para identificar grupos de población infantil en riesgo y para planificar actividades preventivas y de promoción de la SM infantil en la población española.

Calidad de vida relacionada con la salud en población infantil según el índice KIDSCREEN-10. Resultados ENSE 2006

Los valores de la variable oscilan entre 0 y 100 puntos: a mayor puntuación mejor calidad de vida relacionada con la salud. En 2006 se entrevistaron 4095 niños y niñas de 8 a 14 años, de los cuales 3990 contestaron al cuestionario KIDSCREEN.

Tabla A1. Puntuación media e intervalo de confianza del 95% del KIDSCREEN-10 según sexo y edad. Población de 8 a 14 años (n=3990). ENSE 2006 MSSSI/INE.

| | Media | IC 95% |
|--------------------|-------|-------------|
| Ambos sexos | | |
| Total | 85,54 | 85,11-85,96 |
| 8-10 años | 86,06 | 85,41-86,70 |
| 11-14 años | 85,18 | 84,62-85,75 |
| Niños | | |
| Total | 85,18 | 84,58-85,78 |
| 8-10 años | 85,61 | 84,71-86,52 |
| 11-14 años | 84,90 | 84,10-85,69 |
| Niñas | | |
| Total | 85,93 | 85,32-86,53 |
| 8-10 años | 86,51 | 85,60-87,42 |
| 11-15 años | 85,51 | 84,70-85,31 |

Tabla A2. Puntuación media e intervalo de confianza del 95% del KIDSCREEN-10 según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. Población de 8 a 14 años (n=3990). ENSE 2006 MSSSI/INE.

| | Media | IC 95% |
|--------------------|-------|-------------|
| Ambos sexos | | |
| Total | 85,54 | 85,11-85,96 |
| I | 86,19 | 85,09-87,29 |
| II | 85,47 | 84,00-86,93 |
| III | 86,18 | 85,35-87,01 |
| IV | 85,42 | 84,56-86,29 |
| V | 84,19 | 82,89-85,49 |
| VI | 85,06 | 83,98-86,14 |
| No consta | 87,64 | 84,83-90,45 |
| Niños | | |
| Total | 85,18 | 84,58-85,78 |
| I | 86,20 | 84,73-87,67 |
| II | 84,86 | 82,62-87,09 |
| III | 85,59 | 84,36-86,81 |
| IV | 84,92 | 83,76-86,08 |
| V | 84,14 | 82,29-86,00 |
| VI | 84,76 | 83,28-86,24 |
| No consta | 89,80 | 87,23-92,36 |
| Niñas | | |
| Total | 85,93 | 85,32-86,53 |
| I | 86,19 | 84,53-87,85 |
| II | 86,13 | 84,29-87,97 |
| III | 86,77 | 85,67-87,88 |
| IV | 86,02 | 84,72-87,32 |
| V | 84,23 | 82,40-86,06 |
| VI | 85,38 | 83,81-86,96 |
| No consta | 85,57 | 80,48-90,66 |

Tabla A3. Puntuación media e intervalo de confianza del 95% del KIDSCREEN-10 según sexo y comunidad autónoma. Población de 8 a 14 años (n=3990). ENSE 2006 MSSSI/INE.

| | Ambos sexos | | Niños | | Niñas | |
|--------------------|-------------|--------------|-------|-------------|-------|-------------|
| | media | IC 95% | media | IC 95% | media | IC 95% |
| Total | 85,54 | 85,11-85,96 | 85,18 | 84,58-85,78 | 85,93 | 85,32-86,53 |
| Andalucía | 88,76 | 87,68-89,83 | 88,55 | 87,11-89,99 | 88,99 | 87,37-90,60 |
| Aragón | 85,45 | 83,35-87,55 | 84,90 | 81,75-88,04 | 86,09 | 83,49-88,70 |
| Asturias | 84,93 | 82,94-86,92 | 85,49 | 82,88-88,11 | 84,35 | 81,37-87,33 |
| Baleares | 81,49 | 79,42-83,57 | 80,85 | 78,04-83,65 | 82,29 | 79,22-85,35 |
| Canarias | 82,82 | 81,60-84,04 | 82,47 | 80,76-84,18 | 83,17 | 81,45-84,90 |
| Cantabria | 81,53 | 79,97- 83,10 | 80,31 | 77,94-82,68 | 82,69 | 80,64-84,73 |
| Castilla y León | 88,66 | 87,08-90,25 | 88,08 | 85,82-90,33 | 89,25 | 87,05-91,46 |
| Castilla-La Mancha | 85,71 | 84,22-87,20 | 84,69 | 82,59-86,79 | 86,75 | 84,68-88,81 |
| Cataluña | 83,27 | 81,95-84,58 | 82,60 | 80,87-84,33 | 84,04 | 82,07-86,02 |
| Valencia | 84,94 | 83,34-86,54 | 84,18 | 81,83-86,54 | 85,81 | 83,74-87,88 |
| Extremadura | 89,62 | 88,32-90,92 | 88,91 | 87,01-90,80 | 90,47 | 88,73-92,20 |
| Galicia | 82,23 | 81,17-83,30 | 81,86 | 80,39-83,33 | 82,65 | 81,09-84,20 |
| Madrid | 85,46 | 84,21-86,71 | 85,30 | 83,54-87,07 | 85,63 | 83,86-87,39 |
| Murcia | 82,37 | 80,95-83,79 | 82,75 | 80,75-84,74 | 82,02 | 80,02-84,03 |
| Navarra | 81,83 | 80,25-83,40 | 80,81 | 78,58-83,03 | 82,91 | 80,73-85,09 |
| País Vasco | 86,36 | 84,70-88,02 | 87,72 | 85,55-89,90 | 85,06 | 82,62-87,50 |
| Rioja | 78,60 | 76,78-80,42 | 79,32 | 76,40-82,23 | 77,87 | 75,79-79,95 |
| Ceuta y Melilla | 86,23 | 84,20-88,25 | 85,31 | 82,29-88,33 | 87,33 | 84,83-89,83 |

Tabla A4. Puntuación media e intervalo de confianza del 95% del KIDSCREEN-10 según sexo y país de nacimiento. Población de 8 a 14 años (n=3990). ENSE 2006 MSSSI/INE.

| | media | IC 95% |
|--------------------|-------|-------------|
| Ambos sexos | | |
| Total | 85,54 | 85,11-85,96 |
| España | 85,86 | 85,42-86,29 |
| Extranjero | 82,05 | 80,42-83,68 |
| Niños | | |
| Total | 85,18 | 84,58-85,78 |
| España | 85,64 | 85,03-86,26 |
| Extranjero | 81,10 | 79,00-83,21 |
| Niñas | | |
| Total | 85,93 | 85,32-86,53 |
| España | 86,08 | 85,46-86,70 |
| Extranjero | 83,53 | 81,03-86,04 |

REFERENCIAS

- ¹ Declaración de los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS, reunidos en Conferencia Ministerial celebrada en Helsinki del 12 al 15 de enero de 2005. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
- ² Parlamento Europeo. Resolución 2008/2209 (Informe A6-0034/2009) <http://www.ec-mental-health-process.net/implemen0tation.html#01>.
- ³ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- ⁴ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 2011. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- ⁵ Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2010. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion.pdf
- ⁶ Friedman RM, Katz-Leavy JW, Manderscheid RW, Sondheimer DL. Prevalence of serious emotional disturbance in children and adolescents. En: Manderscheid RW, Sonnenschein MA, eds. Mental Health, United States. Rockville, MD: US Dept Health Human Services; 1996:71–89.
- ⁷ Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.
- ⁸ Ravens-Sieberer U, Erhart M, Gosch A, Wille N, European KIDSCREEN Group. Mental health of children and adolescents in 12 European countries-results from the European KIDSCREEN study. *Clin Psychol Psychother* 2008;15(3):154–163.
- ⁹ Barriuso-Lapresa L, Hernando-Arizaleta L, Rajmil L. Social Inequalities in Mental Health and Health-Related Quality of Life in Children in Spain. *Pediatrics* 2012;130:e528-e535.
- ¹⁰ Goodman SH, Hoven CW, Narrow WE, et al. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33(4):162–173
- ¹¹ Ravens-Sieberer U, Kurth BM, Wittchen HU, Rothenberger A, Schulte-Markwort M. Mental health in children and adolescents. Results of the BELLA study in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17(Suppl 1): DOI: 10.1007/s00787-008-1000-5.
- ¹² Holling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A, Schlack 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* [Suppl 1] 17:34–41.

- ¹³ Bonet JA. Estudio epidemiológico de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños de 8, 11 y 15 años del municipio de Valencia [tesis doctoral]. Universidad de Valencia, 1990.
- ¹⁴ Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Madrid: Cuadernos Técnicos, 2009.
- ¹⁵ Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. The mental health of children and adolescents in Great Britain. London (United Kingdom): Social Survey division of the Office for National Statistics on behalf of the Department of health, the Scottish health Executive and the National Assembly for Wales; 1999.
- ¹⁶ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). American Psychiatric Association: Washington, DC; 1994.
- ¹⁷ Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41(5):645–655.
- ¹⁸ Goodman A, Heiervang E, Fleitlich-Bilyk B, et al. Cross-national differences in questionnaires do not necessarily reflect comparable differences in disorder prevalence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1321–1331.
- ¹⁹ Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-6.
- ²⁰ Shumaker S, Naughton M. The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective. En: Shumaker S, Berson R (eds). *The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Oxford: Rapid Communications, 1995.
- ²¹ Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value Health* 2004;7:79-92.
- ²² Solans M, Pane S, Estrada MD, et al. Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value Health* 2008;11(4):742–764.
- ²³ Aymerich M, Berra S, Guillamón I, et al. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gac Sanit* 2005;19(2):93–100.
- ²⁴ Raat H, Mohangoo AD, Grootenhuis MA. Pediatric health-related quality of life questionnaires in clinical trials. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2006;6(3):180–185.
- ²⁵ Janssens L, Gorter JW, Ketelaar M, Kramer WL, Holtslag HR. Health-related quality-of-life measures for long-term follow-up in children after major trauma. *Qual Life Res* 2008;17(5):701–713.
- ²⁶ Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF. Determinants of quality of life in children with psychiatric disorders. *Qual Life Res* 2005;14(6):1599–1612.

-
- ²⁷ Spuijbroek AT, Oostenbrink R, Landgraf JM, et al. Health-related quality of life in preschool children in five health conditions. *Qual Life Res* 2011;20(5):779–786.
- ²⁸ Ravens-Sieberer U, Erhart M, Rajmil L, et al; European KIDSCREEN Group. Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Qual Life Res* 2010;19(10): 1487–1500.
- ²⁹ Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2000;177:534-9.
- ³⁰ SDQ. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires [página en Internet]; 2014 [consultado Julio 2014]. Disponible en: www.sdqinfo.com.
- ³¹ The KIDSCREEN Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires: Handbook. Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers; 2006.
- ³² Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, et al; KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a crosscultural survey in 13 European countries. *Value Health* 2008;11(4):645–658.
- ³³ Ravens-Sieberer U, Auquier P, Erhart M, et al; European KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Qual Life Res* 2007;16(8):1347–1356.
- ³⁴ The Gallup Organization. Flash Eurobarometer: Parents' Views on the Mental Health of Their Child: Analytical Report. Disponible en: www.ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_246_en.pdf. Acceso Julio 15, 2014.
- ³⁵ Tebe C, Berra S, Herdman M, Aymerich M, Alonso J, Rajmil L. Fiabilidad y validez de la versión española del KIDSCREEN-52 para niños y adolescentes. *Med Clin (Barc)* 2008;130(17):650-4.
- ³⁶ Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C; del Grupo de Determinantes Sociales de Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit* 2013;27(3):263–272.
- ³⁷ Rodríguez-Hernández PJ, Betancort M, Ramírez-Santana GM, García R, Sanz-Álvarez EJ, de las Cuevas-Castresana C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychol.* 2012;12:265-79.
- ³⁸ Rajmil L, López-Aguilà S, Mompert Penina A, Medina Bustos A, Rodríguez Sanz M, Brugulat Guiteras P. Desigualdades sociales en la salud mental infantil en Cataluña. *An Pediatr (Barc).* 2010;73:233-40.
- ³⁹ Hölling H, Kurth BM, Rothenberger A, Becker A, Schlack 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.
- ⁴⁰ Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med* 2013;90:24-31.

-
- ⁴¹ Stone LL, Otten R, Engels RCM, Vermulst A, Janssens JAM. Psychometric Properties of the Parent and Teacher Versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire for 4- to 12-Year-Olds: A Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010;13:254–274.
- ⁴² Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen S, et al. Developmental trajectories of brain in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *JAMA* 2002;288:1740–8.
- ⁴³ Tizón-García JL. El niño hiperactivo y su “síndrome”: ¿mito, realidad, medicación? *FMC* 2006;13:1-4.
- ⁴⁴ Barriuso-Lapresa L, Hernando-Arizaleta L, Rajmil L. Valores de referencia de la versión para padres del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) en población española, 2006. *Act Esp Psiquiatr* 2014;42:43-48.
- ⁴⁵ Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Adolesc Psychol Psychiatry* 2008;49:226-236.
- ⁴⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Principales resultados. Madrid, marzo, 2013.