



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Análisis epidemiológico de los trastornos psiquiátricos en una Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil de Aragón.

Autor/es

Raquel Laguna Rodrigo

Director/es

Pedro Manuel Ruiz Lázaro

Máster Universitario en Salud Pública – Facultad de Medicina de la
Universidad de Zaragoza

2015 - 2016

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
- Palabras clave	2
2. Introducción.....	3
3. Hipótesis.....	11
4. Objetivos.....	12
5. Metodología.....	13
6. Resultados.....	29
7. Discusión.....	86
- Limitaciones.....	88
- Líneas de investigación futuras.....	89
8. Conclusiones.....	90
9. Bibliografía.....	92

RESUMEN

Introducción: Los trastornos mentales en niños y adolescentes son un gran desafío para la Salud Pública. Aproximadamente el 20% de estos presenta un diagnóstico psiquiátrico. Objetivo principal: analizar la prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos en la Unidad de Corta Estancia infanto-juvenil de Aragón desde mayo del 2013 hasta mayo del 2016.

Metodología: Se elaboró un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, en la unidad de corta estancia infanto-juvenil del Hospital Clínico de Zaragoza. La muestra estuvo compuesta por 375 pacientes. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas, estratificándolas posteriormente por sexo y edad, así como, un análisis de regresión logística para comprobar la existencia de asociación entre las variables y los diagnósticos médicos y enfermeros principales.

Resultados: El 68,3% fueron mujeres con una mediana de edad de 15 años, cuyo diagnóstico médico principal estaba agrupado en: “F40-49: Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” (23,5%) y cuyo diagnóstico enfermero principal estaba englobado en: “Dominio de salud 1: Promoción de la salud” (47,7%). Además, se encontraron diferencias en la frecuencia de los diagnósticos médicos y enfermeros al estratificarlos por sexo. Y se observaron diferencias estadísticamente significativas importantes al estratificar por edad.

Conclusiones: Se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas en los menores de 18 años y la presencia tanto de los diagnósticos médicos, como de los diagnósticos enfermeros principales.

Palabras clave: Salud mental infanto-juvenil, trastornos mentales, infancia, adolescencia, enfermería, psiquiatría infanto-juvenil, epidemiología.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Mental como: el estado de bienestar sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, por el que los individuos reconocen sus capacidades y pueden hacer frente a las tensiones normales de la vida (trabajar y ser productivos), así como, formar y sostener relaciones armoniosas con los demás, y participar contractivamente en los cambios que se introducen en el medio ambiente físico y social de sus comunidades. Siendo de elevada importancia considerarla de forma holística.^{1,2,3,4,5}

La Salud Mental Infanto-juvenil comprende el desarrollo de las capacidades sociales y emocionales del niño que le permiten experimentar, regular sus emociones, establecer relaciones próximas y seguras, y aprender. Además, es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes, en los que el curso psicopatológico de estas enfermedades varía en función de la edad, el sexo, la acción de factores de riesgo (disfunción familiar, maltrato infantil y enfermedad mental de los padres) y factores protectores (estilo cognitivo flexible, baja reactividad emocional y apego seguro).^{3,6,7,8,9,10}

El objetivo principal de la Salud Mental Infanto-juvenil es la atención al niño y al joven como seres cuyas personalidades son específicas y tienen, en su enfermar psíquico, unas expresiones patológicas propias, que las diferencian esencialmente de las del adulto. Además, se debe tener en cuenta que estas primeras manifestaciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta, brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz, pudiendo prevenir complicaciones importantes para el individuo y, también, para la sociedad.^{2,3,6,8,11,12,13,14,15}

Sin embargo, a pesar de ello, durante mucho tiempo, se ha negado que los niños sufrieran trastornos mentales, o bien, se ha minimizado su importancia. Aunque la realidad es muy distinta, ya que muchos de los problemas de salud mental del adulto tienen su inicio en la niñez y adolescencia, surgiendo más de

la mitad de las enfermedades mentales en estos dos períodos, y habiéndose demostrado que los casos de aparición más temprana suelen ser aquellos más graves y persistentes.^{2,3,6,11,16}

La Salud Mental es parte íntegra de la Salud Pública, así como, un problema de primera magnitud para ésta por numerosas razones, siendo una razón que los trastornos mentales son muy frecuentes, afectando a dos de cada cinco personas en nuestro país; y otra es que ningún nivel socioeconómico o área geográfica es inmune a ellos, siendo costosos tanto económica, como emocionalmente para las personas, las familias y la sociedad, además de la elevada coexistencia de enfermedades físicas y mentales.^{1,4,14,17,18,19}

A nivel mundial, los datos epidemiológicos disponibles revelan que hay un aumento en el número de niños y adolescentes con trastornos mentales, estimándose una prevalencia de éstos aproximadamente de un 20%, es decir, uno de cada cinco jóvenes y, si se agrega el criterio de discapacidad, uno de cada 10. Además, de éstos entre el 4 y el 6% presentan un trastorno mental grave. Y entre el 24 y 29% de estos niños y adolescentes cumplen criterios diagnósticos para dos o más trastornos psiquiátricos distintos, aumentando esta prevalencia con la edad.^{2,6,7,8,9,10,17,20,21,22}

Así mismo, varios estudios demuestran que existe un aumento de la incidencia de estos trastornos en estas edades, a nivel global, debido a los cambios sociales y culturales (que incluyen cambios de la estructura familiar, el aumento de adopciones nacionales e internacionales, el desempleo cada vez más alto de la juventud, los embarazos de adolescentes, el aumento de las presiones educativas y vocacionales, el incremento de consumo y abuso de sustancias y el aumento de las desigualdades sociales).^{2,6,7,17,20,22,23,24}

Por otro lado, en Europa se estima una prevalencia de trastornos mentales en los jóvenes en torno al 20%, coincidiendo con los datos divulgados en nuestro país, según las diferentes investigaciones epidemiológicas, en las que se estima una prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes, entre

un 10 y un 20% (presentando la mitad de éstos un significativo desajuste como consecuencia de ello).^{2,3,6,8,9,10,11,16,17,21}

Aproximadamente, se estima que un 14% de la carga global de las enfermedades a nivel mundial puede ser atribuida a trastornos neuropsiquiátricos, siendo la mayor parte debida a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo: la depresión (que en 2020 será la segunda carga de enfermedad y en 2030, la primera), el abuso de alcohol, la adicción a sustancias, la esquizofrenia o el trastorno bipolar.^{4,5,9,13,14,19,25,26}

Además, la carga de enfermedad asociada a los trastornos mentales en niños y adolescentes es considerable y se hace mayor por estar unida al estigma y a la discriminación (prejuicios, estereotipos, miedo, vergüenza, ira, rechazo o evitación, violación de derechos humanos y de libertades fundamentales, negación de oportunidades en educación, y negación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales); mostrando las proyecciones estadísticas actuales que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán del 10,5% del total de la carga de enfermedad al 15% en el año 2020, lo que equivale a un incremento proporcional mayor que para otras enfermedades como las cardiovasculares.^{1,4,5,9,13,14,19,25,26}

Por ello, el impacto de los trastornos mentales en estas etapas de la vida no sólo supone una de las causas de mayor morbilidad y mortalidad, sino que también repercute en sus familias y en su entorno, así como, genera un grave problema de Salud Pública, incrementando el gasto de los sistemas sanitarios y sociales. Pudiendo decirse que los trastornos mentales de los niños y adolescentes son, sin duda, un gran desafío para la Salud Pública del siglo XXI.^{1,2,3,5,7,8,17,18,27}

Así mismo, la afección mental en la niñez y juventud es un fenómeno frecuente que preocupa en todo el mundo, puesto que la salud de éstos es un determinante de la salud de la persona a lo largo de su vida (ocasiona un gran impacto en ésta y una elevada pérdida de la calidad de vida) e, incluso, de la salud de la generación que le seguirá. Se sabe que el establecimiento de una

condición crónica en la infancia interfiere con el funcionamiento del cuerpo del niño en el largo plazo, limita las actividades diarias, afecta al crecimiento y al desarrollo.^{1,2,3,7,14,18,21,26,28,29}

Por ello, la Salud Mental del niño debe cuidarse desde los primeros años de vida, debido a que es un componente crítico de la salud general de éstos, así como, un pilar fundamental en todas las dimensiones del desarrollo necesitando, por tanto, no sólo una respuesta médica específica, sino la conjunción del esfuerzo de todos aquellos que se ven comprometidos con la niñez. Siendo relevante diagnosticar y tratar más oportunamente a las enfermedades mentales, puesto que comprometen la salud biopsicosocial, son causa de discapacidad, y además, persisten en la edad adulta y se pueden asociar con otros trastornos psiquiátricos.^{1,8,9,15,21,27,29,30,31}

Se sabe que las experiencias en la niñez tienen un importante impacto en la salud de las personas a través de la vida y que, las experiencias de la adolescencia se encuentran fuertemente asociadas al estado de salud muchos años después, por lo que se hace necesario dar más importancia a la promoción y prevención de la salud, evitando determinantes predictores de una mala salud en la etapa adulta. Sin embargo, también debemos intervenir en el ámbito familiar y en la comunidad desde un enfoque psicoterapéutico y educativo amplio, una vez que aparece el trastorno, para poder comprobar cómo influyen en el niño o adolescente, facilitando la comprensión de la sintomatología que presenta para ayudar a su resolución. Todo ello dentro de un trabajo interdisciplinario.^{1,3,7,9,14,18,20,23,27,28,32}

El diagnóstico de un trastorno mental se lleva a cabo cuando se identifica un patrón de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento psicológico y social, y que cumple, también con los criterios de un sistema aceptado de clasificación como es la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 10 (CIE-10), en la cual se describen los trastornos mentales en unas cien categorías. A pesar de esto, en ocasiones, en los niños y adolescentes, encontramos que los comportamientos asociados a los trastornos mentales pueden ser mal entendidos, o ser considerados

intencionados o deliberadamente intencionados, repercutiendo en que éstos sean privados de la asistencia que necesitan.^{9,11,14,25,26,27,33,34,35,36}

Los estudios clínicos epidemiológicos recientes muestran dos grandes grupos de trastornos: los que empiezan en la niñez (trastorno déficit atencional, autismo, otros trastornos penetrantes del desarrollo, angustia de separación, fobias específicas y trastorno oposicionista desafiante) y los que empiezan en la adolescencia (fobia social, trastorno de pánico, abuso de sustancias, depresión y trastornos de la conducta alimentaria), siendo aquellos trastornos que empiezan en la niñez más prevalentes en hombres, mientras que los que comienzan en la adolescencia más en mujeres.^{9,17,20,24,25,31,34,35,37}

A pesar de estos dos grupos, el desarrollo psicológico infantil y adolescente, en general, sigue una pauta muy marcada por las influencias normativas relacionadas con la edad (influenciando principalmente por los determinantes biológicos y sociales, ya que estos mantienen una alta correlación con la edad cronológica); por lo que podemos observar distinta incidencia de los diferentes trastornos según las etapas: en el ciclo infantil (0-5 años) predominan los trastornos de conducta, de comunicación, los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), los de eliminación y los de control de impulsos; en la fase de 6-11 años destacan los trastornos de conducta, con una mayor incidencia y el TDAH; y en la etapa de 12-15 años se mantienen los trastornos de conducta, aunque destaca el aumento de los trastornos de ansiedad, relacionados con el autoconcepto y la autoestima. Además, en esta última etapa destacan también los trastornos de alimentación, observándose un predominio de trastornos externalizantes en los varones y una sintomatología más internalizante en mujeres (discriminando significativamente la prevalencia e incidencia de algunos trastornos debido, entre otros factores, a las diferentes pautas de desarrollo, interacción con los padres, ambiente, cultura y educación familiar que encontramos todavía en la sociedad occidental).^{2,4,9,11,20,24,25,31,34,35,37}

Por todo ello, se hace indispensable conocer estos patrones normativos para poder detectar alteraciones, realizar el diagnóstico diferencial y determinar si se trata de alguna entidad patológica o son adaptaciones evolutivas a

acontecimientos estresantes. Además, la OMS ha reconocido la importancia de realizar un diagnóstico oportuno de los problemas de salud mental en el niño y el adolescente, como una forma de prevenir problemas en la edad adulta y para la sociedad en general. Así como aplicar intervenciones basadas en la evidencia durante: el periodo prenatal, el desarrollo temprano, la infancia y la adolescencia.^{18,19,24,28,29,31,32,34,35}

También se debe comprender que la Salud Mental es un componente crítico de la salud general de los niños y adolescentes, siendo esencial una asistencia de salud mental específica y diferenciada de los dispositivos para adultos, ya que ambas etapas tanto la infancia, como la adolescencia, tienen un sentido propio y unas características diferentes a las de los adultos, requiriendo intervenciones y estrategias propias.^{3,6,9,12,13,23,24,32,38}

Además, en el informe sobre “La Salud en el Mundo” (OMS, 2001), no sólo se destaca la importancia de la Salud Mental como parte inseparable de la salud general de la población, sino que se señala la importancia que la salud mental tiene para el desarrollo humano. Los niños y adolescentes, debido al momento evolutivo en el que se encuentran, constituyen dos grupos poblacionales vulnerables a acontecimientos socioeconómicos, que impactan de manera negativa sobre los estilos de vida de diversos grupos sociales y de la familia. Por lo tanto, la Salud Metal de la infancia y la adolescencia es y debe ser una preocupación primordial en el desarrollo de programas de prevención e intervención en todo el mundo, habiéndose comprobado que las intervenciones en salud mental no sólo mejoran el desarrollo de los individuos, sino que disminuyen los costes económicos y sociales.^{3,5,14,15,19,28,29,30,31,32}

La Red Asistencial de Salud Mental Infanto-Juvenil (servicio público) existente tiene como finalidad proporcionar, en el marco de una población determinada y para ella, promoción y prevención de la salud mental, junto con una asistencia y rehabilitación de calidad. Fomentando para ello, la investigación epidemiológica, además de la evaluación de la trayectoria evolutiva y de la situación actual para poder conocer tanto los factores de riesgo, como los factores protectores, así como, la morbimortalidad de los distintos trastornos

psiquiátricos y conocer las necesidades asistenciales actuales de la sociedad. Como establece el Proyecto Atlas (OMS, 2005), los trastornos psiquiátricos de comienzo en la infancia y adolescencia deben ser de gran interés para la Salud Pública.^{1,3,6,7,9,11,12,14,20,21,29,30,36}

La epidemiología psiquiátrica ha permitido avanzar en los estudios históricos, el diagnóstico comunitario, la evaluación de servicios de salud, la determinación de riesgos, la descripción de cuadros clínicos, la identificación de nuevos síndromes y sus posibles causas, y la realización de encuestas. Así como, ésta en sí misma supone un importante instrumento de sensibilización de la población hacia los trastornos mentales.^{4,5,16,17,20,33,36,38}

Pero, además, la epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes cumple varios objetivos de la Salud Pública como son: contar y estudiar los esquemas de distribución de los trastornos psiquiátricos, calcular la carga de enfermedad, medir el uso de servicios y comprobar si aquellos niños que los necesitan los están recibiendo. Todos estos son fundamentales para la planificación en salud mental infanto-juvenil.^{11,14,17,20,21,27,30,36}

Se estima que del porcentaje de niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos, entre un 1 y 2% necesitarán ingresar en alguna de las diferentes Unidades de Corta Estancia (pueden ser de referencia para una o más áreas sanitarias, pero siempre deben pertenecer a la red de Salud Mental infanto-juvenil y estar ubicadas en un hospital general). La finalidad del ingreso es la intervención en la crisis aguda y en los factores que la han precipitado, estabilizando al paciente para evitar el daño a otros o a él mismo, siempre y cuando no sea posible un abordaje ambulatorio (la hospitalización es en sí misma un factor de rehospitalización) o, en ocasiones, de finalidad diagnóstica (permitiendo una observación diaria y la realización de exploraciones), trabajando durante su estancia con el niño o adolescente y su familia, permitiendo una reintegración lo antes posible en la sociedad.^{12,22,23,38,39}

Por todo ello, tras llevar en funcionamiento tres años la Unidad de Corta Estancia Infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, se

decide realizar un estudio sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en menores de 18 años, que precisan una hospitalización breve, en la Comunidad Autónoma de Aragón. Esta unidad es de carácter suprasectorial, por lo que acoge ingresos de las tres provincias aragonesas, siendo, por tanto, de interés conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos de este servicio, cuya interpretación permite un acercamiento a estos problemas de salud.

Finalmente, se concluye, por tanto, que los objetivos de este estudio son: el de conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos utilizando diagnósticos médicos y enfermeros, su distribución según género y edad, y determinar la asociación de variables sociodemográficas y clínicas con la presencia de los distintos trastornos psiquiátricos en la población estudiada.

HIPÓTESIS

- La prevalencia estimada de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes de la Comunidad Autónoma de Aragón es similar a la descrita a nivel nacional.
- La distribución por edad y sexo de los trastornos psiquiátricos infanto-juveniles en Aragón esperamos que sea similar a la encontrada en otros estudios de investigación.
- Esperamos encontrar relación entre la prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos (CIE-10) en los niños y adolescentes estudiados y la edad y el sexo de estos.
- Esperamos encontrar relación entre la prevalencia de los distintos diagnósticos enfermeros (NANDA 2009-11) en los niños y adolescentes estudiados y la edad y el sexo de estos.
- Esperamos encontrar asociación entre la presencia de los distintos diagnósticos médicos (CIE-10) en los menores ingresados en nuestra Unidad y las diferentes variables estudiadas.
- Esperamos encontrar asociación entre la presencia de los distintos diagnósticos enfermeros (NANDA 2009-2011) en los menores ingresados en nuestra Unidad y las diferentes variables estudiadas.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**

Analizar la prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos en la Unidad de Corta Estancia infanto-juvenil de Aragón desde mayo del 2013 hasta mayo del 2016.

- **Objetivos secundarios:**

- Describir las características sociodemográficas y clínicas, además de los estilos de vida de los niños y adolescentes hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.
- Analizar la distribución de los trastornos psiquiátricos y diagnósticos enfermeros de los menores que han ingresado en la Unidad de Corta Estancia Infanto-juvenil de Aragón según el sexo de éstos.
- Analizar la distribución de los trastornos psiquiátricos y diagnósticos enfermeros de los menores que han ingresado en la Unidad de Corta Estancia Infanto-juvenil de Aragón según la edad de éstos.
- Conocer si existe asociación entre alguna variable estudiada y la presencia de alguno de los trastornos psiquiátricos principales diagnosticados en la población estudiada.
- Conocer si existe asociación entre alguna variable estudiada y la presencia de alguno de los diagnósticos enfermeros principales en la población estudiada.

METODOLOGÍA

1. Ámbito y Diseño del estudio:

Se trata de un estudio científico, descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, llevado a cabo en la unidad de corta estancia de infanto-juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” en Zaragoza.

Esta unidad es de carácter suprasectorial pudiendo ser atendidos en ella menores de 18 años de todo la Comunidad Autónoma de Aragón. Consta de 6 camas, 2 de ellas en habitaciones individuales y las otras 4 en habitaciones dobles.

2. Estrategia de búsqueda bibliográfica:

Para el desarrollo de este trabajo, se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos tales como: Pubmed, Science-direct, Scielo, Cuiden plus, Dialnet, Scopus y Embase, durante los meses de marzo y abril del 2016. Con las siguientes palabras clave: “mental health”, “mental disorders”, “children”, “pediatric psychiatry”, “epidemiology”, “prevalence”, “adolescents”, “salud mental”, “trastornos mentales”, “niños”, “psiquiatría infantil”, “epidemiología”, “prevalencia”.

Se omitieron aquellos artículos que tenían un objeto de estudio ajeno a los objetivos preestablecidos y además, se procedió a descartar aquellos artículos que a pesar de ajustarse a nuestra búsqueda se encontraban en otro idioma que no fuera inglés o español.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	LIMITACIONES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS EMPLEADOS
Pubmed	"pediatric psychiatry" "adolescent", "mental disorders", "mental health", "epidemiology", "children".	Texto completo, 2000-2016, Español e Inglés.	26042	7
Cuiden Plus	"niños", "salud mental", "adolescentes", "psiquiatría infantil", "prevalencia", "trastornos mentales".	Texto completo, 2000-2016, Español e Inglés.	446	2
Science-Direct	"pediatric psychiatry" "adolescent", "children", "mental health", "mental disorders", "epidemiology", "salud mental", adolescentes.	Texto completo, 2000-2016, Español e Inglés.	4478	3
Scielo	"niños", "salud mental", "adolescentes", "psiquiatría infantil", "prevalencia", "trastornos mentales".	Texto completo, 2000-2016, Español e Inglés.	20	5
Dialnet	"niños", "salud mental", "adolescentes", "psiquiatría infantil", "prevalencia", "trastornos mentales".	Texto completo, 2000-2016, Español e Inglés.	367	5
Embase	"pediatric psychiatry" "adolescent", "mental health", "children", "epidemiology", "mental disorders".	Texto completo, 2000-2016, Español e Inglés.	63237	8
Scopus	"pediatric psychiatry" "adolescent", "mental health", "children", "epidemiology", "mental disorders".	Texto completo, 2000-2016, Español e Inglés.	6262	9

Tabla 1. Bibliografía consultada

3. Muestra:

Pacientes menores de 18 años ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” desde mayo del 2013 hasta mayo del 2016. Es decir, durante los tres primeros años de funcionamiento de la Unidad.

- Criterios de inclusión:

Ser menor de 18 años y haber permanecido ingresado en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza durante el tiempo recogido en el estudio (desde mayo del 2013 hasta mayo del 2016).

- Criterios de exclusión:

Ser menor de 18 años y haber participado activamente del servicio de la Unidad de Corta Estancia infanto-juvenil de mayo del 2013 a mayo del 2016, pero habiendo estado ingresado en otra planta del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la muestra total del estudio fue de 375 pacientes, ya que cada ingreso se contabilizó como un paciente distinto, a no ser que éste hubiese sido dado de alta para un permiso terapéutico sin tratarse del alta definitiva, puesto que aunque algunos pacientes han estado ingresados varias veces, cada ingreso ha tenido unas condiciones específicas.

4. Base de datos:

Para la creación de la base de datos necesaria para el estudio se han obtenido los datos de forma retrospectiva, manual y sistemática de las historias clínicas electrónicas y en papel de los pacientes ingresados en la unidad desde mayo del 2013 hasta mayo del 2016.

Y, posteriormente, esta base de datos se migró al paquete estadístico SPSS, para así, poder extraer todos los datos correspondientes a los pacientes ingresados en la unidad de corta estancia y definirse las variables a estudio.

Trabajado siempre desde el anonimato del paciente y cumpliendo todos los requisitos legales y éticos existentes.

5. Variables:

La obtención de las variables se llevó a cabo mediante la revisión sistemática de las historias clínicas (electrónicas y en papel) de los pacientes que habían ingresado durante los tres años de funcionamiento de la Unidad de Corta Estancia infanto-juvenil de Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (desde mayo del 2013 hasta mayo del 2016).

▪ Variables:

- **DXMedPrincipal:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal, que expresa el diagnóstico médico principal del paciente en este ingreso según la CIE-10, en la cual el valor 1= “F10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”, el valor 2= “F20: Esquizofrenia”, el valor 3= “F23: Trastornos psicóticos agudos y transitorios”, el valor 4= “F28: Otros trastornos psicóticos no orgánicos”, el valor 5= “F29: Psicosis no orgánica sin especificación”, el valor 6= “F30: Episodio maníaco”, el valor 7= “F31: Trastorno bipolar”, el valor 8= “F32: Episodios depresivos”, el valor 9= “F34: Trastornos del humor (afectivos) persistentes”, el valor 10= “F38: Otros trastornos del humor (afectivos)”, el valor 11= “F39: Trastorno del humor (afectivo) sin especificación”, el valor 12= “F40: Trastornos de ansiedad fóbica”, el valor 13= “F41: Otros trastornos de ansiedad”, el valor 14= “F42: Trastorno obsesivo-compulsivo”, el valor 15= “F43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”, el valor 16= “F44: Trastornos disociativos (de conversión)”, el valor 17= “F45: Trastornos somatomorfos”, el valor 18= “F48: Otros trastornos neuróticos”, el valor 19= “F50: Trastornos de la conducta alimentaria”, el valor 20= “F60: Trastornos específicos de la personalidad”, el valor 21= “F63: Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”, el valor 22= “F70-79: Retraso mental”, el valor 23= “F90:

Trastornos hipercentéticos”, el valor 24 “F91: Trastornos disociales”, el valor 25= “F92: Trastornos disociales y de las emociones mixtos”, el valor 26= “F93: Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia”, el valor 27= “F94: Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, el valor 28= “F98: Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, el valor 29= “X60: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos”, el valor 30= “X61: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas no clasificadas en otra parte”, el valor 31= “X65: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol”, el valor 32= “X69: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a otros productos químicos, nocivos y no especificados” el valor 33= “X78: Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante”, el valor 34= “Z60: Problemas relacionados con el ambiente social”, el valor 35= “Z61: Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez”, el valor 36= “Z63: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares” y el valor 37= “Otros trastornos orgánicos”.

- **ClasifiDXMedPrincipal:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal creada al categorizar la variable DXMedPrincipal y que expresa la agrupación de los distintos trastornos mentales, según la ordenación de éstos empleada en la CIE-10. Los diferentes valores que adquiere la variable son: el valor 1= “F10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”, el valor 2= “F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, el valor 3= “F30-39: Trastornos del humor (afectivos)”, el valor 4= “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, el valor 5= “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”, el valor 6= “F60-69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”, el valor 7= “F70-79: Retraso mental”, el valor 8= “F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y

adolescencia”, el valor 9= “X60-84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente”, el valor 10= “Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales” y el valor 11= “Otros trastornos orgánicos”.

- **DXMedSecundario:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal, que expresa el diagnóstico médico secundario del paciente en este ingreso según la CIE-10, en la cual: el valor 1= “F10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”, el valor 2= “F20: Esquizofrenia”, el valor 3= “F23: Trastornos psicóticos agudos y transitorios”, el valor 4= “F28: Otros trastornos psicóticos no orgánicos”, el valor 5= “F29: Psicosis no orgánica sin especificación”, el valor 6= “F30: Episodio maníaco”, el valor 7= “F31: Trastorno bipolar”, el valor 8= “F32: Episodios depresivos”, el valor 9= “F34: Trastornos del humor (afectivos) persistentes”, el valor 10= “F38: Otros trastornos del humor (afectivos)”, el valor 11= “F39: Trastorno del humor (afectivo) sin especificación”, el valor 12= “F40: Trastornos de ansiedad fóbica”, el valor 13= “F41: Otros trastornos de ansiedad”, el valor 14= “F42: Trastorno obsesivo-compulsivo”, el valor 15= “F43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”, el valor 16= “F44: Trastornos disociativos (de conversión)”, el valor 17= “F45: Trastornos somatomorfos”, el valor 18= “F48: Otros trastornos neuróticos”, el valor 19= “F50: Trastornos de la conducta alimentaria”, el valor 20= “F60: Trastornos específicos de la personalidad”, el valor 21= “F63: Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”, el valor 22= “F70-79: Retraso mental”, el valor 23= “F90: Trastornos hipercentéticos”, el valor 24 “F91: Trastornos disociales”, el valor 25= “F92: Trastornos disociales y de las emociones mixtos”, el valor 26= “F93: Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia”, el valor 27= “F94: Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, el valor 28= “F98: Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, el valor 29= “X60: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos”, el valor 30= “X61: Envenenamiento autoinfligido

intencionalmente por, y exposición a drogas no clasificadas en otra parte”, el valor 31= “X65: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol”, el valor 32= “X69: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a otros productos químicos, nocivos y no especificados” el valor 33= “X78: Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante”, el valor 34= “Z60: Problemas relacionados con el ambiente social”, el valor 35= “Z61: Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez”, el valor 36= “Z63: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares” y el valor 37= “Otros trastornos orgánicos”.

- **ClasifiDXMedSecundario:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal creada al categorizar la variable DXMedSecundario y que expresa la agrupación de los distintos trastornos mentales, según la ordenación de éstos empleada en la CIE-10. Los diferentes valores que adquiere la variable son: el valor 1= “F10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”, el valor 2= “F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, el valor 3= “F30-39: Trastornos del humor (afectivos)”, el valor 4= “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, el valor 5= “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”, el valor 6= “F60-69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto”, el valor 7= “F70-79: Retraso mental”, el valor 8= “F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, el valor 9= “X60-84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente”, el valor 10= “Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales” y el valor 11= “Otros trastornos orgánicos”.
- **DxEnf1:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal que expresa el diagnóstico enfermero principal del paciente en este ingreso según la “North American Nursing Diagnosis Association” en su publicación de los años 2009-2011 (NANDA 2009-2011), en la cual: el valor 1= “00078-

Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, el valor 2= “00099-Mantenimiento inefectivo de la salud”, el valor 3= “00001-Desequilibrio nutricional: por exceso”, el valor 4= “00002-Desequilibrio nutricional: por defecto”, el valor 5= “00003-Riesgo de desequilibrio nutricional: por exceso”, el valor 6= “00027-Déficit del volumen de líquidos”, el valor 7= “00028-Riesgo de déficit de volumen de líquidos”, el valor 8= “00179-Riesgo de nivel de glucemia inestable”, el valor 9= “00011-Estreñimiento”, el valor 10= “00016-Deterioro de la eliminación urinaria”, el valor 11= “00085-Deterioro de la movilidad física”, el valor 12= “00095-Deterioro del patrón del sueño”, el valor 13= “00097-Déficit de actividades recreativas”, el valor 14= “00102-Déficit de autocuidado: alimentación”, el valor 15= “00108-Déficit de autocuidado: baño/higiene”, el valor 16= “00110-Déficit de autocuidado: uso del WC”, el valor 17= “00198-Trastorno del patrón del sueño”, el valor 18= “00051-Deterioro de la comunicación verbal”, el valor 19= “00122-Trastorno de la percepción sensorial”, el valor 20= “00128-Confusión aguda”, el valor 21= “00130-Trastornos de los procesos del pensamiento”, el valor 22= “00199-Planificación individual de las actividades”, el valor 23= “00118-Trastorno de la imagen corporal”, el valor 24= “00119-Baja autoestima crónica”, el valor 25= “00120-Baja autoestima situacional”, el valor 26= “00052-Deterioro de la interacción social”, el valor 27= “00055-Desempeño inefectivo del rol”, el valor 28= “00060-Interrupción de los procesos familiares”, el valor 29= “00061-Cansancio del desempeño del rol del cuidador”, el valor 30= “00069-Afrontamiento ineficaz”, el valor 31= “00070-Deterioro de la adaptación”, el valor 32= “00074-Afrontamiento familiar comprometido”, el valor 33= “00146-Ansiedad”, el valor 34= “00148-Temor”, el valor 35= “00079-Incumplimiento del tratamiento”, el valor 36= “00035-Riesgo de lesión”, el valor 37= “00037-Riesgo de intoxicación”, el valor 38= “00138-Riesgo de violencia dirigida a otros”, el valor 39= “00139-Riesgo de automutilación”, el valor 40= “00140-Riesgo de violencia autodirigida”, el valor 41= “00155-Riesgo de caídas”, el valor 42= “00053-Aislamiento social” y el valor 43= “00111-Retraso en el crecimiento y desarrollo”.

- **DominioDxEnf1:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal creada al categorizar la variable DxEnf1 y expresa la agrupación de

los distintos diagnósticos enfermeros (NANDA 2009-11) según la ordenación de éstos en los diferentes Dominios de salud (esferas de la actividad, estudio o interés). Los diferentes valores que adquiere la variable son: el valor 1= “Promoción de la salud”, el valor 2= “Nutrición”, el valor 3= “Eliminación/Intercambio”, el valor 4= “Actividad/Reposo”, el valor 5= “Percepción/Cognición”, el valor 6= “Autopercepción ”, el valor 7= “Rol/Relaciones”, el valor 8= “Afrontamiento/Tolerancia al estrés”, el valor 9 = “Principios vitales”, el valor 10= “Seguridad/Protección”, el valor 11= “Confort” y el valor 12= “Crecimiento/Desarrollo”.

- **DxEnf2:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal que expresa el diagnóstico enfermero secundario del paciente en este ingreso según la NANDA 2009-2011, en la cual: el valor 1= “00078-Manejo inefectivo del régimen terapéutico”, el valor 2= “00099-Mantenimiento inefectivo de la salud”, el valor 3= “00001-Desequilibrio nutricional: por exceso”, el valor 4= “00002-Desequilibrio nutricional: por defecto”, el valor 5= “00003-Riesgo de desequilibrio nutricional: por exceso”, el valor 6= “00027-Déficit del volumen de líquidos”, el valor 7= “00028-Riesgo de déficit de volumen de líquidos”, el valor 8= “00179-Riesgo de nivel de glucemia inestable”, el valor 9= “00011-Estreñimiento”, el valor 10= “00016-Deterioro de la eliminación urinaria”, el valor 11= “00085-Deterioro de la movilidad física”, el valor 12= “00095-Deterioro del patrón del sueño”, el valor 13= “00097-Déficit de actividades recreativas”, el valor 14= “00102-Déficit de autocuidado: alimentación”, el valor 15= “00108-Déficit de autocuidado: baño/higiene”, el valor 16= “00110-Déficit de autocuidado: uso del WC”, el valor 17= “00198-Trastorno del patrón del sueño”, el valor 18= “00051-Deterioro de la comunicación verbal”, el valor 19= “00122-Trastorno de la percepción sensorial”, el valor 20= “00128-Confusión aguda”, el valor 21= “00130-Trastornos de los procesos del pensamiento”, el valor 22= “00199-Planificación individual de las actividades”, el valor 23= “00118-Trastorno de la imagen corporal”, el valor 24= “00119-Baja autoestima crónica”, el valor 25= “00120-Baja autoestima situacional”, el valor 26= “00052-Deterioro de la interacción social”, el valor 27= “00055-Desempeño inefectivo del rol”, el valor 28= “00060-Interrupción de los procesos familiares”, el valor 29=

“00061-Cansancio del desempeño del rol del cuidador”, el valor 30= “00069-Afrontamiento ineficaz”, el valor 31= “00070-Deterioro de la adaptación”, el valor 32= “00074-Afrontamiento familiar comprometido”, el valor 33= “00146-Ansiedad”, el valor 34= “00148-Temor”, el valor 35= “00079-Incumplimiento del tratamiento”, el valor 36= “00035-Riesgo de lesión”, el valor 37= “00037-Riesgo de intoxicación”, el valor 38= “00138-Riesgo de violencia dirigida a otros”, el valor 39= “00139-Riesgo de automutilación”, el valor 40= “00140-Riesgo de violencia autodirigida”, el valor 41= “00155-Riesgo de caídas”, el valor 42= “00053-Aislamiento social” y el valor 43= “00111-Retraso en el crecimiento y desarrollo”.

- **DominioDxEnf2:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal creada al categorizar la variable DxEnf2 y expresa la agrupación de los distintos diagnósticos enfermeros (NANDA 2009-11) según la ordenación de éstos en los diferentes Dominios de salud (esferas de la actividad, estudio o interés). Los diferentes valores que adquiere la variable son: el valor 1= “Promoción de la salud”, el valor 2= “Nutrición”, el valor 3= “Eliminación/Intercambio”, el valor 4= “Actividad/Reposo”, el valor 5= “Percepción/Cognición”, el valor 6= “Autopercepción ”, el valor 7= “Rol/Relaciones”, el valor 8= “Afrontamiento/Tolerancia al estrés”, el valor 9= “Principios vitales”, el valor 10= “Seguridad/Protección”, el valor 11= “Confort” y el valor 12= “Crecimiento/Desarrollo”.
- **SEXO:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa el sexo del paciente, en la cual: el valor 1= “Hombre” y el valor 2= “Mujer”.
- **EDAD:** Es una variable cuantitativa discreta con medida en escala que expresa la edad del paciente en años en el momento del ingreso.
- **EDADCuali2:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal, la cual se crea al categorizar la variable EDAD y se le otorgan los siguientes valores: el valor 1= “Infancia” (que hace referencia a cuando el paciente

tiene entre 0 y 13 años) y el valor 2= “Adolescencia” (que hace referencia a cuando el paciente tiene entre 14 y 17 años).

- **NumIngAct:** Es una variable cuantitativa discreta con medida en escala, la cual expresa el número que ocupa este ingreso del paciente respecto a todos los que haya tenido en la Unidad, durante el periodo en el que se lleva acabo el estudio.
- **IngActual:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal, que se crea al categorizar la variable NumIngAct y a la cual se le dan los siguientes valores: el valor 1= “Primer ingreso”, el valor 2= “Algún reingreso” y el valor 3= “Bastantes reingresos”. Considerando que “Algún reingreso” supone haber tenido de dos a cuatro ingresos en la unidad durante el tiempo que en el que se lleva a cabo el estudio y “Bastantes reingresos”, haber tenido cinco o más reingresos en la unidad durante el tiempo que en el que se lleva a cabo el estudio.
- **IngAnterior:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si el paciente ha tenido algún ingreso anterior en la unidad durante el tiempo en el que se lleva a cabo el estudio. Para ello, se categorizó la variable ofreciéndole los siguientes valores: el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.
- **IngPosterior:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si el paciente ha tenido algún ingreso posterior en la unidad durante el tiempo en el que se lleva a cabo el estudio. Para ello, se categorizó la variable ofreciéndole los siguientes valores: el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.
- **Procedencia:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa cual es la procedencia del paciente, es decir, si éste proviene de un núcleo urbano o rural, en la cual el valor 1= “Urbano” y el valor 2= “Rural”.

- **DiasIngreso:** Es una variable cuantitativa discreta con medida en escala que expresa el número de días que ha permanecido el paciente ingresado en la Unidad de Corta Estancia infanto-juvenil.
- **TiempoIngreso:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal que se crea al categorizar la variable DiasIngreso, y a la cual se le dan los siguientes valores: el valor 1= “Menos de una semana”, el valor 2= “Entre una semana y un mes” y el valor 3= “Más de un mes”.
- **CicloEducativo:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal que expresa el curso educativo académico que realiza el paciente en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “No estudia”, el valor 2= “Educación especial”, el valor 3= “Educación Primaria”, el valor 4= Educación Secundaria Obligatoria”, el valor 5= “Formación Profesional (FP)” y el valor 6= “Bachillerato”.
- **Tóxicos:** Es una variable cualitativa policotómica con medida nominal que expresa si el paciente reconoce consumir algún tipo de tóxico de forma regular en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “Ninguno”, el valor 2= “Cannabis” y valor 3= “Otros tóxicos”.
- **TABACO:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si el paciente reconoce consumir tabaco de forma regular en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.
- **ALCOHOL:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si el paciente reconoce consumir alcohol de forma regular en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.
- **APOrg:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si el paciente presenta antecedentes orgánicos personales relevantes en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.

- **APPsiq:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si el paciente presenta antecedentes psiquiátricos personales relevantes en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.
- **AFamPsiq:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si el paciente tiene antecedentes psiquiátricos familiares de 1º y/o 2º grado relevantes en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.
- **Convivencia:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa con quién está conviviendo el paciente en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “Familia” y el valor 2= “Centro de menores”.
- **Adopción:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si el paciente ha sido adoptado o no, en la cual el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.
- **DivorSepPad:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si los padres del paciente están divorciados/separados o no lo están en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.
- **MuertePadres:** Es una variable cualitativa dicotómica con medida nominal que expresa si ha fallecido algún parente del paciente o si bien, estos siguen con vida en el momento del ingreso, en la cual el valor 1= “NO” y el valor 2= “SI”.

6. Procedimiento:

El plan de trabajo a seguir para la realización del estudio consistió, en primer lugar, en la realización de una búsqueda bibliográfica durante los meses de marzo y abril de 2016, así como, una posterior recogida de datos entre abril y mayo de 2016.

Y, además, durante el mes de mayo se creó la base de datos, y posteriormente, durante los meses de junio y julio, se llevó a cabo el análisis estadístico correspondiente; elaborando el informe formal de resultados, la discusión y las conclusiones del estudio durante los meses de julio y agosto de 2016.

7. Análisis estadístico:

MESES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
Búsqueda Bibliográfica						
Recogida de datos						
Creación de la Base de datos						
Análisis de los datos						
Elaboración formal del proyecto						

Tabla 2. Cronograma del trabajo.

Para la realización del análisis estadístico del trabajo se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 22 para Windows.

Inicialmente, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las distintas variables estudiadas, en el que se evaluaron los resultados mediante estadísticos de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas (medianas, mínimos, máximos y rangos intercuartílicos), así como, frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

Posteriormente, se estratificaron las variables estudiadas, primero, por sexo y luego por edad, empleándose, en las variables cualitativas, el estadístico Chi cuadrado estableciendo un valor de significación $p < 0,05$, y en las variables cuantitativas, tras comprobar la normalidad o no de las distribuciones, se utilizaron las pruebas T de Student o U Mann-Whitney.

Finalmente, se realizaron varios análisis de regresión logística para comprobar la existencia de asociación entre los distintos diagnósticos médicos principales con las diferentes variables del estudio y, también, comprobar la existencia de asociación entre los distintos diagnósticos enfermeros principales con las diferentes variables estudiadas.

Cabe mencionar que, en todo el estudio, los intervalos de confianza utilizados fueron del 95% (IC 95%) y la significación estadística de la diferencia se consideró a partir de valores p inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

8. Consideraciones éticas:

El estudio obtuvo los permisos de Dirección de Gerencia del Sector III del Servicio Aragonés y del Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza, así como un dictamen favorable (Resolución del día 16 de marzo de 2016, Acta N° CP05/2016, PI16/069) del Comité Ético de Investigación de Aragón (CEICA).

Además, de acuerdo con el artículo 5 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, se ha garantizado la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los datos personales, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; garantizando, de esta manera, el absoluto anonimato de los pacientes, así como, que los datos utilizados no se utilizen con otro fin que no fuera el de cumplir los objetivos descritos.

También, mencionar que la presentación de los datos fue siempre realizada de tal modo que, en ningún caso, a partir de la difusión de los mismos, se pudiera llegar a la identificación de ningún paciente, manteniéndose, por tanto, el anonimato de los mismos en todo momento.

RESULTADOS

ANALÍSIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO:

Durante el periodo en el que se llevó a cabo el estudio, de mayo del 2013 hasta mayo del 2016, es decir, durante los tres años que la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil lleva en funcionamiento, ingresaron en ella 375 pacientes.

- Características sociodemográficas de los menores:

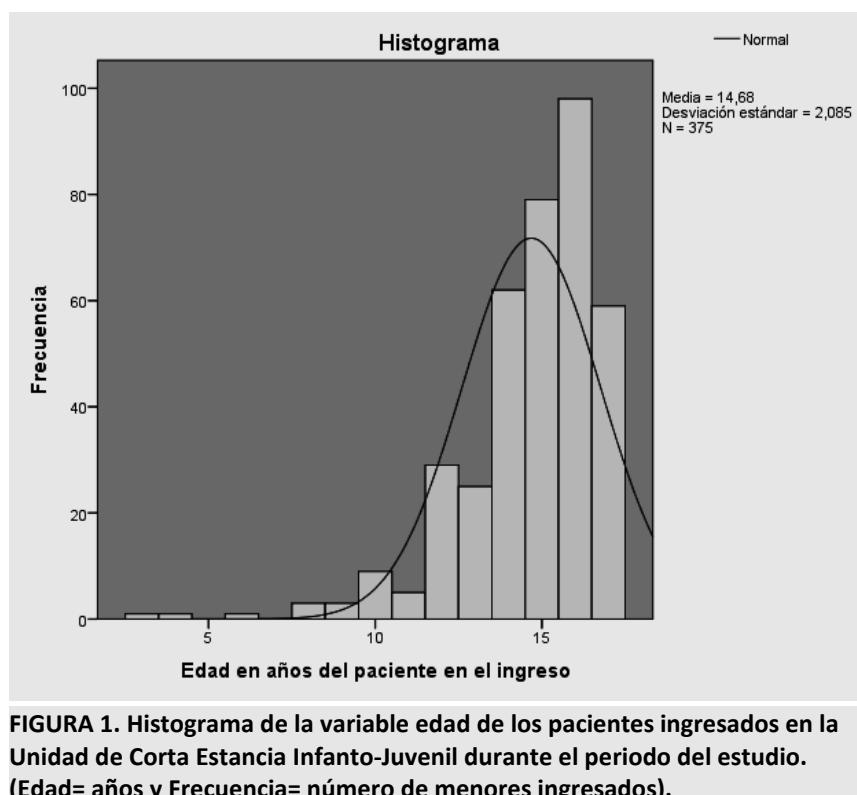
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	N=375	%	IC 95%
EDAD	Mediana= 15	Min= 3; Max= 17	Rango IQ= 2
SEXO			
Hombre	119	31,7	26,9 – 36,6
Mujer	256	68,3	63,4 – 73,1
PROCEDEDENCIA			
Urbano	285	76,0	71,5 – 80,5
Rural	90	24,0	19,5 – 28,5
CONVIVENCIA			
Familia	348	92,8	90,1 - 95,6
Centro de menores	27	7,2	4,5 - 10,0
CICLO EDUCATIVO			
No estudia	43	11,5	8,1 – 14,8
Educación especial	28	7,5	4,7 - 10,3
Educación Primaria	23	6,1	3,6 – 8,7
Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.)	204	54,4	49,2 – 59,6
Formación Profesional (FP)	32	8,5	5,6 – 11,5
Bachillerato	45	12,0	8,6 – 15,4
ADOPCIÓN			
No	343	91,5	88,5 - 94,4
Si	32	8,5	5,6 - 11,5
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES			
No	257	68,5	63,7 - 73,4
Si	118	31,5	26,6 - 36,3
MUERTE DE ALGÚN PADRE			
No	339	90,4	87,3 - 93,5
Si	36	9,6	6,5 - 12,7

TABLA 3. Características sociodemográficas de los menores hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%).

En la **Tabla 3**, se observan las características sociodemográficas de los pacientes del estudio. De éstos, 119 fueron hombres, es decir, un 31,7% (IC

95%: 26,9 – 36,6) y 256 fueron mujeres, es decir, un 68,3% (IC95%: 63,4 – 73,1) existiendo diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la edad de los menores ingresados, la mediana fue de 15 años de edad (prueba de normalidad de Kolmogórov - Smirnov $p <0,05$), teniendo el paciente de menor edad 3 años en el momento del ingreso y el de mayor edad 17 años, existiendo un rango intercuartílico de 2 (**Figura 1**).



Además, respecto a los grupos en los que hemos agrupado las distintas edades de los menores que han ingresado, cabe destacar que sólo un 20,5% (IC 95%: 16,3 – 24,8) de ellos pertenecían al grupo de la infancia (0 a 13 años) y un 79,5% (IC 95%: 75,2 – 83,7) pertenecían al grupo de la adolescencia (14 a 17 años), siendo estos resultados estadísticamente significativos.

En cuanto al ciclo educativo que cursaban los menores en el momento del ingreso en la Unidad, se observa que el ciclo educativo más frecuente, era la de educación secundaria obligatoria (E.S.O.), ya que el 54,4% (IC 95%: 49,2 - 59,6) de los menores la cursaba durante su ingreso, seguido de Bachillerato, el

cual lo cursaban un 12,0% (IC 95%: 8,6 - 15,4), y de aquellos que no estudiaban, suponían un 11,5% (IC95%: 8,1 – 14,8) de los ingresos.

Por otro lado, en lo relativo a la procedencia de los usuarios, cabe destacar que un 76,0% (IC95%: 71,5 – 80,5) procedían de un núcleo urbano (Huesca, Teruel y Zaragoza) y el restante 24,0% (IC95%: 19,5 – 28,5) residían en un núcleo rural de alguna de las tres provincias aragonesas.

En lo relativo a la convivencia del menor, el 92,8% (IC95%: 90,1 – 95,6) lo hacía con su familia en el domicilio, mientras que el otro 7,2% (IC95%: 4,5 – 10,0) residía en un centro de observación y acogida de menores (C.O.A.) de la Comunidad Autónoma de Aragón. Así mismo, mencionar que solamente un 8,5% (IC95%: 5,6 – 11,5) de los menores ingresados durante ese periodo habían sido adoptados, frente aún 91,5% (IC95%: 88,5 – 94,4) que no.

Y, además, en lo referente a los padres de los menores ingresados en la Unidad, se observó que sólo en un 31,5% (IC95%: 26,6 – 36,3) de los pacientes, los padres estaban separados o divorciados, y también, que solamente, en un 9,6% (IC95%: 6,5 – 12,7) de los menores había fallecido algún progenitor.

- Estilos de vida de los menores:

En la **Tabla 4** aparecen los datos referidos a los estilos de vida de los pacientes ingresados en la UCE Infanto-Juvenil del Hospital Clínico. Como se puede observar, el 33,3% (IC95%: 28,4 – 38,2) de éstos refiere consumo de alcohol de forma regular (fines de semana, quedadas con iguales) y un 39,5% (IC95%: 34,4 – 44,5) refiere un consumo regular de tabaco en su día a día, datos especialmente importantes dado que nuestro estudio se realiza con menores de edad, los cuales ejercen un consumo ilegal de estas sustancias.

Así mismo, en cuanto al consumo de sustancias no legalizadas en España, un 20,0% (IC95%: 15,8 – 24,2) reconoce un consumo de cannabis de forma regular y un pequeño porcentaje, un 2,9% (IC95%: 1,1 – 4,8), refiere consumir

a menudo otros tóxicos. Encontrándose, en todos ellos, diferencias estadísticamente significativas.

ESTILOS DE VIDA	N= 375	%	IC 95%
TÓXICOS			
Ninguno	289	77,1	72,7 – 81,5
Cannabis	75	20,0	15,8 – 24,2
Otros tóxicos	11	2,9	1,1 – 4,8
TABACO			
No	227	60,5	55,5 – 65,6
Si	148	39,5	34,4 – 44,5
ALCOHOL			
No	250	66,7	61,8 – 71,6
Si	125	33,3	28,4 – 38,2

TABLA 4. Estilos de vida de los menores hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%).

- Características clínicas de los menores:

Teniendo en cuenta las características clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-juvenil, observamos en la **Tabla 5** los datos referentes a los diagnósticos médicos principales y secundarios, según la CIE-10, de los menores de nuestro estudio. Los diagnósticos médicos principales más frecuentes fueron los trastornos agrupados según la clasificación en: “F40-49: Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, ya que estos diagnósticos lo presentaron el 23,5% (IC95%: 19,8 – 28,7) de los menores, siendo el diagnóstico más frecuente, con un 17,9% (IC95%: 13,9 – 21,9), el “F43: Reacciones a estrés grave y trastorno de adaptación”, seguidos de aquellos agrupados en: “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos”, puesto que lo presentaron el 20,3% (IC95%: 16,1 – 24,5), encontrándose en ambos diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, los diagnósticos médicos principales que se presentaron con menor frecuencia fueron los agrupados en: “Otros trastornos orgánicos” presentándolo sólo el 0,5% (IC95%: 0,1 – 1,9) de los usuarios, seguido de los agrupados en: “X60-

84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente”, ya que lo presentaron solamente el 2,7% (IC95%: 0,9 – 4,4).

Y respecto a los diagnósticos enfermeros principales, según la NANDA 2009-2011, de los menores de nuestro estudio podemos observar en la **Tabla 6**, que los diagnósticos enfermeros principales más frecuentes fueron los pertenecientes al Dominio de salud 1: “Promoción de la salud”, ya que lo presentaron un 47,7% (IC95%: 42,5 – 52,9) de los menores ingresados en la Unidad, siendo de entre los diagnósticos agrupados en este dominio, el más frecuente, con un 34,1% (IC95%: 29,2 – 39,1): “00099: Mantenimiento inefectivo de la salud”, y los segundos más frecuentes fueron los diagnósticos pertenecientes al Dominio de salud 2: “Nutrición”, ya que lo presentaron un 13,3% (IC95%: 9,8 – 17,0) de los sujetos del estudio, siendo de entre los diagnósticos agrupados en este dominio, el más frecuente, con un 6,4% (IC95%: 3,8 – 9,0): “00002: Desequilibrio nutricional: por defecto”. Encontrándose en todos ellos diferencias estadísticamente significativas.

Por otro lado, como se observa en la **Tabla 7**, el 22,1% (IC95%: 17,8 – 26,5) de los pacientes ingresados posee antecedentes orgánicos relevantes y un 90,7% (IC95%: 87,6 – 93,7) posee antecedentes psiquiátricos, desde hace más de un año antes del momento del ingreso.

Así mismo, se comprobaron los antecedentes psiquiátricos de los familiares de 1º y 2º grado de los menores estudiados, y se observó que los presentaban un 64,5% (IC95%: 59,6 – 69,5) de ellos.

DIAGNÓSTICO MÉDICO (CIE-10)	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			DIAGNÓSTICO SECUNDARIO		
	N=375	%	IC 95%	N=375	%	IC 95%
F10-19: Trast. mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	16	4,3	2,1 - 6,4	27	7,2	4,5 - 10,0
F20-29: Esquizofrenia, trast. esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	22	5,9	3,4 - 8,4	8	2,1	0,5 - 3,7
F20: Esquizofrenia	10	2,7	0,9 - 4,4	3	0,8	0,2 - 2,3
F23: Trastornos psicóticos agudos y transitorios	9	2,4	0,7 - 4,1	5	1,3	0,4 - 3,1
F28: Otros trastornos psicóticos no orgánicos	1	0,3	0,0 - 1,5	-	-	-
F29: Psicosis no orgánica sin especificación	2	0,5	0,1 - 1,9	-	-	-
F30-39: Trast. del humor (afectivos)	27	7,2	4,5 - 10,0	13	3,5	1,5 - 5,5
F30: Episodio maníaco	1	0,3	0,0 - 1,5	-	-	-
F31: Trastorno bipolar	8	2,1	0,5 - 3,7	-	-	-
F32: Episodios depresivos	15	4,0	1,9 - 6,1	11	2,9	1,1 - 4,8
F34: Trast. del humor (afectivos) persistentes	-	-	-	2	0,5	0,1 - 1,9
F38: Otros trast. del humor (afectivos)	2	0,5	0,1 - 1,9	-	-	-
F39: Trast. del humor (afectivo) sin especificación	1	0,3	0,0 - 1,5	-	-	-
F40-49: Trast. neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	88	23,5	19,8 - 28,7	71	18,9	14,8 - 23,0
F40: Trast. de ansiedad fóbica	7	1,9	0,4 - 3,4	7	1,9	0,4 - 3,4
F41: Otros trast. de ansiedad	6	1,6	0,2 - 3,0	13	3,5	1,5 - 5,5
F42: Trast. obsesivo-compulsivo	1	0,3	0,0 - 1,5	3	0,8	0,2 - 2,3
F43: Reacciones a estrés grave y trast. de adaptación	67	17,9	13,9 - 21,9	41	10,9	7,6 - 14,2
F44: Trast. disociativos (de conversión)	4	1,1	0,3 - 2,7	7	1,9	0,4 - 3,4
F45: Trast. somatomorfos	2	0,5	0,1 - 1,9	-	-	-
F48: Otros trast. neuróticos	1	0,3	0,0 - 1,5	-	-	-
F50-59: Trast. del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	76	20,3	16,1 - 24,5	37	9,9	6,7 - 13,0
F60-69: Trast. de la personalidad y del comportamiento del adulto	30	8,0	5,1 - 10,9	22	5,9	3,4 - 8,4
F60: Trast. específicos de la personalidad	5	1,3	0,4 - 3,1	10	2,7	0,9 - 4,4
F63: Trast. de los hábitos y del control de los impulsos	25	6,7	4,0 - 9,3	12	3,2	1,3 - 5,1
F70-79: Retraso mental	16	4,3	2,1 - 6,4	19	5,1	2,7 - 7,4
F90-98: Trast. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	68	18,1	14,1 - 22,2	31	8,3	5,3 - 11,2
F90: Trast. hiperactivos	17	4,5	2,3 - 6,8	10	2,7	0,9 - 4,4
F91: Trast. disociales	15	4,0	1,9 - 6,1	5	1,3	0,4 - 3,1
F92: Trast. disociales y de las emociones mixtos	20	5,3	2,9 - 7,7	2	0,5	0,1 - 1,9
F93: Trast. de las emociones de comienzo habitual en la infancia	5	1,3	0,4 - 3,1	4	1,1	0,3 - 2,7
F94: Trast. del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	7	1,9	0,4 - 3,4	7	1,9	0,4 - 3,4
F98: Otros trast. de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	4	1,1	0,3 - 2,7	3	0,8	0,2 - 2,3
X60-84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente	10	2,7	0,9 - 4,4	16	4,3	2,1 - 6,4
X60: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a analgésicos, antipiréticos y antirreumáticos	1	0,3	0,0 - 1,5	3	0,8	0,2 - 2,3
X61: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición a drogas no clasificadas en otra parte	6	1,6	0,2 - 3,0	5	1,3	0,4 - 3,1
X65: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por, y exposición al alcohol	-	-	-	2	0,5	0,1 - 1,9
X69: Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por exposición a productos químicos, nocivos y no especificados	2	0,5	0,1 - 1,9	-	-	-
X78: Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante	-	-	-	6	1,6	0,2 - 3,0
Z55-65: Personas con riesgo potencial para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales	23	6,1	3,6 - 8,7	130	34,7	29,7 - 39,6
Z60: Problemas relacionados con el ambiente social	8	1,3	0,4 - 3,1	25	6,7	4,0 - 9,3
Z61: Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez	4	1,1	0,3 - 2,7	20	5,3	2,9 - 7,7
Z63: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares	11	2,9	1,1 - 4,8	85	22,7	18,3 - 27,0
Otros trast. orgánicos	2	0,5	0,1 - 1,9	1	0,3	0,0 - 1,5

TABLA 5. Diagnósticos médicos principales y secundarios según la CIE-10 presentados por los menores hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (N= Frecuencia observada, % = Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%).

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA 2009-11)	PRIMER DIAGNÓSTICO			SEGUNDO DIAGNÓSTICO		
	N=375	%	IC 95%	N=375	%	IC 95%
Dominio 1: Promoción de la salud	179	47,7	42,5 - 52,9	58	15,5	11,7 - 19,3
00078-Manejo inefectivo del régimen terapéutico	51	13,8	10,0 - 17,2	11	2,9	1,1 - 4,8
00099-Mantenimiento inefectivo de la salud	128	34,1	29,2 - 39,1	47	12,5	9,0 - 16,0
Dominio 2: Nutrición	50	13,3	9,8 - 17,0	90	24,0	19,5 - 28,5
00001-Desequilibrio nutricional: por exceso	16	4,3	2,1 - 6,4	17	4,5	2,3 - 6,8
00002-Desequilibrio nutricional: por defecto	24	6,4	3,8 - 9,0	68	18,1	14,1 - 22,2
00003-Riesgo de desequilibrio nutricional: por exceso	1	0,3	0,0 - 1,5	3	0,8	0,2 - 2,3
00027-Déficit del volumen de líquidos	2	0,5	0,1 - 1,9	2	0,5	0,1 - 1,9
00028-Riesgo de déficit de volumen de líquidos	6	1,6	0,2 - 3,0	-	-	-
00179-Riesgo de nivel de glucemia inestable	1	0,3	0,0 - 1,5	-	-	-
Dominio 3: Eliminación/Intercambio	-	-	-	32	8,5	5,6 - 11,5
00011-Estreñimiento	-	-	-	28	7,5	4,7 - 10,3
00016-Deterioro de la eliminación urinaria	-	-	-	4	1,1	0,3 - 2,7
Dominio 4: Actividad/Reposo	30	8,0	5,1 - 10,9	70	18,7	14,6 - 22,8
00085-Deterioro de la movilidad física	-	-	-	5	1,3	0,4 - 3,1
00095-Deterioro del patrón del sueño	19	5,1	2,7 - 7,4	44	11,7	8,3 - 15,1
00097-Déficit de actividades recreativas	4	1,1	0,3 - 2,7	5	1,3	0,4 - 3,1
00102-Déficit de autocuidado: alimentación	3	0,8	0,2 - 2,3	3	0,8	0,2 - 2,3
00108-Déficit de autocuidado: baño/higiene	2	0,5	0,1 - 1,9	11	2,9	1,1 - 4,8
00110-Déficit de autocuidado: uso del WC	1	0,3	0,0 - 1,5	-	-	-
00198-Trastorno del patrón del sueño	1	0,3	0,0 - 1,5	2	0,5	0,1 - 1,9
Dominio 5: Percepción/Cognición	19	5,1	2,7 - 7,4	12	3,2	1,3 - 5,1
00051-Deterioro de la comunicación verbal	2	0,5	0,1 - 1,9	2	0,5	0,1 - 1,9
00122-Trastorno de la percepción sensorial	1	0,3	0,0 - 1,5	4	1,1	0,3 - 2,7
00128-Confusión aguda	-	-	-	1	0,3	0,0 - 1,5
00130-Trastornos de los procesos del pensamiento	16	4,3	2,1 - 6,4	4	1,1	0,3 - 2,7
00199-Planificación individual de las actividades	-	-	-	1	0,3	0,0 - 1,5
Dominio 6: Autopercepción	11	2,9	1,1 - 4,8	31	8,3	5,3 - 11,2
00118-Trastorno de la imagen corporal	1	0,3	0,0 - 1,5	6	1,6	0,2 - 3,0
00119-Baja autoestima crónica	-	-	-	5	1,3	0,4 - 3,1
00120-Baja autoestima situacional	10	2,7	0,9 - 4,4	20	5,3	2,9 - 7,7
Dominio 7: Rol/Relaciones	21	5,6	3,1 - 8,1	18	4,8	2,5 - 7,1
00052-Deterioro de la interacción social	14	3,7	1,7 - 5,8	14	3,7	1,7 - 5,8
00055-Desempeño inefectivo del rol	3	0,8	0,2 - 2,3	3	0,8	0,2 - 2,3
00080-Interrupción de los procesos familiares	1	0,3	0,0 - 1,5	1	0,3	0,0 - 1,5
00081-Cansancio del desempeño del rol del cuidador	3	0,8	0,2 - 2,3	-	-	-
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés	26	6,9	4,2 - 9,6	22	5,9	3,4 - 8,4
00089-Afrontamiento ineficaz	1	0,3	0,0 - 1,5	3	0,8	0,2 - 2,3
00070-Deterioro de la adaptación	5	1,3	0,4 - 3,1	8	2,1	0,5 - 3,7
00074-Afrontamiento familiar comprometido	-	-	-	3	0,8	0,2 - 2,3
00146-Ansiedad	20	5,3	2,9 - 7,7	6	1,6	0,2 - 3,0
00148-Temor	-	-	-	2	0,5	0,1 - 1,9
Dominio 10: Principios vitales	19	5,1	2,7 - 7,4	-	-	-
00079-Incumplimiento del tratamiento	19	5,1	2,7 - 7,4	-	-	-
Dominio 11: Seguridad/Protección	16	4,3	2,1 - 6,4	38	10,1	6,9 - 13,3
00035-Riesgo de lesión	-	-	-	5	1,3	0,4 - 3,1
00037-Riesgo de intoxicación	3	0,8	0,2 - 2,3	-	-	-
00138-Riesgo de violencia dirigida a otros	7	1,9	0,4 - 3,4	6	1,6	0,2 - 3,0
00139-Riesgo de automutilación	1	0,3	0,0 - 1,5	1	0,3	0,0 - 1,5
00140-Riesgo de violencia autodirigida	5	1,3	0,4 - 3,1	25	6,7	4,0 - 9,3
00155-Riesgo de caídas	-	-	-	1	0,3	0,0 - 1,5

Dominio 12: Confort	-	-	-	4	1,0	0,3 - 2,8
00053-Aislamiento social	-	-	-	4	1,0	0,3 - 2,8
Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo	4	1,0	0,3 - 2,7	-	-	-
00111-Retraso en el crecimiento y desarrollo	4	1,0	0,3 - 2,7	-	-	-

TABLA 6. Diagnósticos enfermeros principales y secundarios según NANDA 2009-11 presentados por los menores hospitalizados en la UCE Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%).

ANTECEDENTES RELEVANTES	N= 375	%	IC 95%
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES			
No	292	77,9	73,5 – 82,2
Si	83	22,1	17,8 – 26,5
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES			
No	35	9,3	6,3 – 12,4
Si	340	90,7	87,6 – 93,7
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO			
No	133	35,5	30,5 – 40,4
Si	242	64,5	59,6 – 69,5

TABLA 7. Antecedentes orgánicos y psiquiátricos relevantes personales, así como, antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado de los menores hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%).

- Características relevantes del ingreso de los menores:

En la **Tabla 8**, se puede observar que el 61,3% (IC95%: 56,3 – 66,4) de los casos estudiados ingresaron por primera vez en la Unidad, frente a un 38,7% (IC95%: 33,6 – 43,7) que habría precisado un ingreso previo en la UCE Infanto-Juvenil donde se realiza el estudio.

Además, cabe destacar que hasta un 28,9% (IC95%: 33,9 – 44,0) de los menores precisó un ingreso posterior en la misma Unidad durante el periodo del estudio. Siendo todos estos datos estadísticamente significativos.

En cuanto al tiempo de ingreso en la Unidad, la mediana fue de 11 días (prueba de Kolmogórov – Smirnov p <0,05), presentando el paciente que menor tiempo estuvo ingresado una estancia de un día y el de mayor tiempo

ingresado una estancia de 74 días, existiendo un rango intercuartílico de 10 (**Figura 2**).

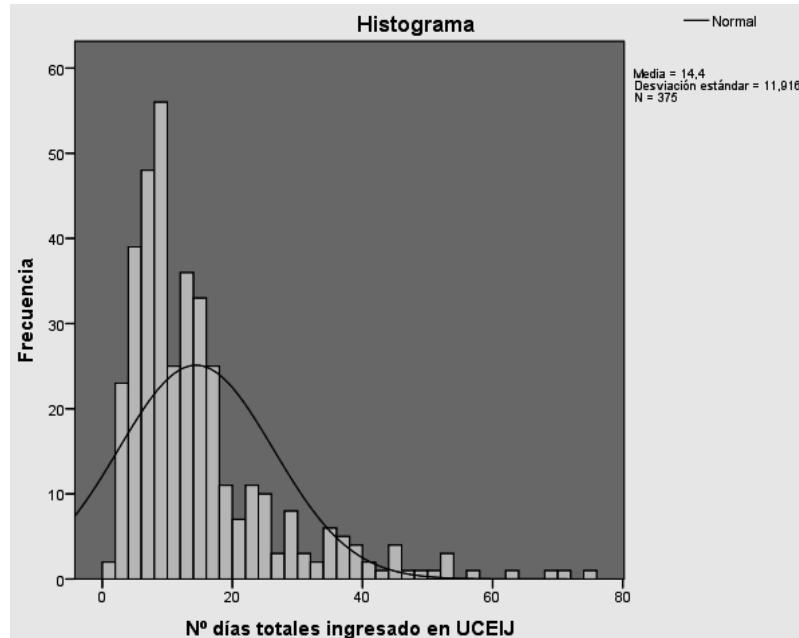


FIGURA 2. Histograma de la variable Número de días totales ingresado en UCEIJ de los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil durante el periodo del estudio. (Número de días totales ingresado en UCEIJ= días y Frecuencia= número de menores ingresados).

Además, respecto a los grupos en los que hemos agrupado los días de estancia hospitalaria de los menores ingresados en la Unidad, cabe destacar que un 68,8% (IC 95%: 64,0 – 73,6) de ellos tuvo una estancia con una duración de entre una semana y un mes, un 21,3% (IC 95%: 17,1 – 25,6) permaneció menos de una semana ingresado y solamente un 9,9% (IC 95%: 6,7 – 13,0) de los menores lo estuvo más de un mes, siendo estos resultados estadísticamente significativos.

CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DEL INGRESO	N= 375	%	IC 95%
Nº DÍAS TOTALES INGRESADO EN UCEIJ	Mediana= 11	Min= 1; Max= 74	Rango IQ= 10
TIEMPO DE INGRESO			
Menos de una semana	80	21,3	17,1 – 25,6
Entre una semana y un mes	258	68,8	64,0 – 73,6
Más de un mes	37	9,9	6,7 – 13,0
INGRESO ACTUAL			
Primer ingreso	230	61,3	56,3 – 66,4
Algún reingreso	116	30,9	26,1 – 35,7
Bastantes reingresos	29	7,7	4,9 – 10,6
INGRESOS ANTERIORES			
No	230	61,3	56,3 – 66,4
Si	145	38,7	33,6 – 43,7
INGRESOS POSTERIORES			
No	229	61,1	56,0 – 66,1
Si	146	28,9	33,9 – 44,0

TABLA 8. Características relevantes del ingreso de los menores hospitalizados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%).

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO ESTRATIFICADAS POR SEXO:

Se llevó a cabo el estudio descriptivo de las variables utilizadas para el estudio estratificándolas por sexo, para conocer las posibles diferencias entre hombres y mujeres. Del total de la muestra de los menores ingresados en la Unidad, 119 fueron hombres y 256 fueron mujeres.

- Características sociodemográficas de los menores estratificadas por “Sexo”:

En la **Tabla 9**, se observan los datos relacionados con las características sociodemográficas de los menores estratificando por Sexo. En ella, se puede ver que la mediana de edad de los hombres ingresados fue de 15 años (prueba de Komogórov – Smirnov <0,05), además, el hombre más joven tenía 4 años y el de mayor edad 17, con un rango intercuartílico de 4 (**Figura 3**).

Así mismo, se puede observar que la mediana de la edad de las mujeres ingresadas fue también de 15 años (prueba de Komogórov – Smirnov <0,05),

siendo la edad de la mujer más joven de 3 años y la de mayor edad de 17, con un rango intercuartílico de 2 (**Figura 4**).

Al tratarse la Edad de una variable no paramétrica, se llevó a cabo la prueba U de Mann-Whitney, encontrándose diferencias estadísticas significativas en la Edad según el Sexo ($p <0,05$).

Por otro lado, en el resto de las variables, que explican las características sociodemográficas de los menores, se utilizó el estadístico Chi-cuadrado, comprobándose que existe una asociación estadísticamente significativa entre el Sexo y la variable: Ciclo educativo ($p <0,05$). Sin embargo, no existe una asociación estadísticamente significativa entre el Sexo y el resto de las variables relacionadas con las características sociodemográficas: Procedencia, Convivencia, Adopción, Divorcio/Separación de los padres y Muerte de algún parente ($p >0,05$).

Respecto a la procedencia de los menores, cabe destacar un mayor porcentaje de hombres procedentes del ámbito rural, 30,3% (IC 95%: 21,6 – 38,9) frente a las mujeres, que provienen en mayor parte del ámbito urbano, 78,9 % (IC 95%: 73,7 – 84,1).

En la variable “Convivencia”, como era de esperar, el porcentaje de hombres, 91,6% (IC 95%: 86,2 – 97,0), y mujeres, 93,4% (IC 95%: 90,1 – 96,6), que conviven con su familia es muy elevado en ambos sexos.

En cuanto a la variable “Muerte de alguno de los padres”, se aprecia un ligero mayor porcentaje de mujeres con algún parente fallecido, 10,9 % (IC 95%: 6,9 – 15,0) frente a un 6,7% (IC 95%: 1,8 – 11,6) en los hombres. Esto mismo, ocurre en la variable Divorcio/Separación de los padres, en la que hay un 32,4% (IC 95%: 26,5 – 38,6) de mujeres con padres divorciados/separados frente a un 29,4% (IC 95%: 20,8 – 38,0) de hombres en las mismas circunstancias.

Por otro lado, en la variable “Adopción”, ocurre lo contrario: en ésta se aprecia un ligero mayor porcentaje de hombres adoptados, 12,6% (IC 95%: 6,2 – 19,0) frente a un 6,6% (IC 95%: 3,4 – 9,9) de mujeres adoptadas.

Sin embargo, en la variable Ciclo educativo, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas, especialmente en las categorías de “Educación especial”: 16,8% (IC 95%: 9,7 – 23,9) en hombres y 3,1% (IC 95%: 0,8 – 5,5) en mujeres, de “Educación Primaria”: 14,3% (IC 95%: 7,6 – 21,0) en hombres y 2,3% (IC 95%: 0,3 – 4,4) en mujeres, y de “Bachillerato”: 3,4% (IC 95%: 0,9 – 8,4) en hombres y 16,0% (IC 95%: 11,3 – 20,7) en mujeres.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	HOMBRES			MUJERES			P
	N=119	%	IC 95%	N=256	%	IC 95%	
EDAD	Mediana= 15	Min= 4 Max= 17	Rango IQ= 4	Mediana= 15	Min= 3 Max= 17	Rango IQ= 2	< 0,001*
PROCEDENCIA							
Urbano	83	69,7	61,1 – 78,4	202	78,9	73,7 – 84,1	0,053
Rural	36	30,3	21,6 – 38,9	54	21,1	15,9 – 26,3	
CONVIVENCIA							
Familia	109	91,6	86,2 – 97,0	239	93,4	90,1 – 96,6	0,539
Centro de menores	10	8,4	3,0 – 13,8	17	6,6	3,4 – 9,9	
CICLO EDUCATIVO							
No estudia	11	9,2	3,6 – 14,9	32	12,5	8,3 – 16,7	<0,001*
Educación especial	20	16,8	9,7 – 23,9	8	3,1	0,8 – 5,5	
Educación Primaria	17	14,3	7,6 – 21,0	6	2,3	0,3 – 4,4	
Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.)	59	49,6	40,2 – 59,0	145	56,6	50,4 – 62,9	
Formación Profesional (FP)	8	6,7	1,8 – 11,6	24	9,4	5,6 – 13,1	
Bachillerato	4	3,4	0,9 – 8,4	41	16,0	11,3 – 20,7	
ADOPCIÓN							
No	104	87,4	81,0 – 93,8	239	93,4	90,1 – 96,6	0,054
Si	15	12,6	6,2 – 19,0	17	6,6	3,4 – 9,9	
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES							
No	84	70,6	62,0 – 79,2	173	67,6	61,6 – 73,5	0,559
Si	35	29,4	20,8 – 38,0	83	32,4	26,5 – 38,6	
MUERTE DE ALGÚN PADRE							
No	111	93,3	88,4 – 98,2	228	89,1	85,9 – 93,1	0,197
Si	8	6,7	1,8 – 11,6	28	10,9	6,9 – 15,0	

TABLA 9. Características sociodemográficas de los menores hospitalizados estratificando por Sexo. (N= Frecuencia observada, % = Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, P= Valor P mediante la prueba U de Mann-Whitney en la variable Edad y en el resto mediante el estadístico Chi-cuadrado, *= Es estadísticamente significativo).

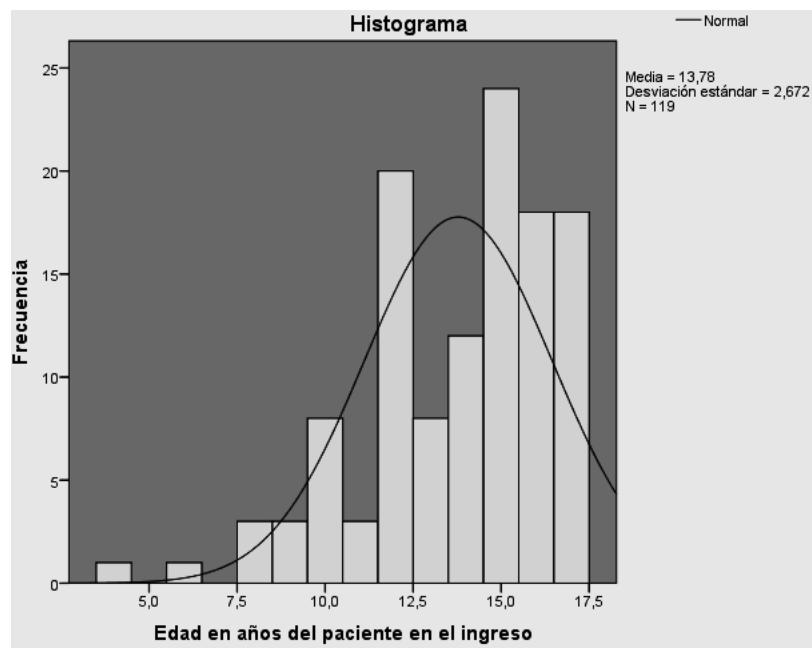


FIGURA 3. Histograma de la variable edad en los hombres ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil durante el periodo del estudio. (Edad= años y Frecuencia= número de hombres ingresados).

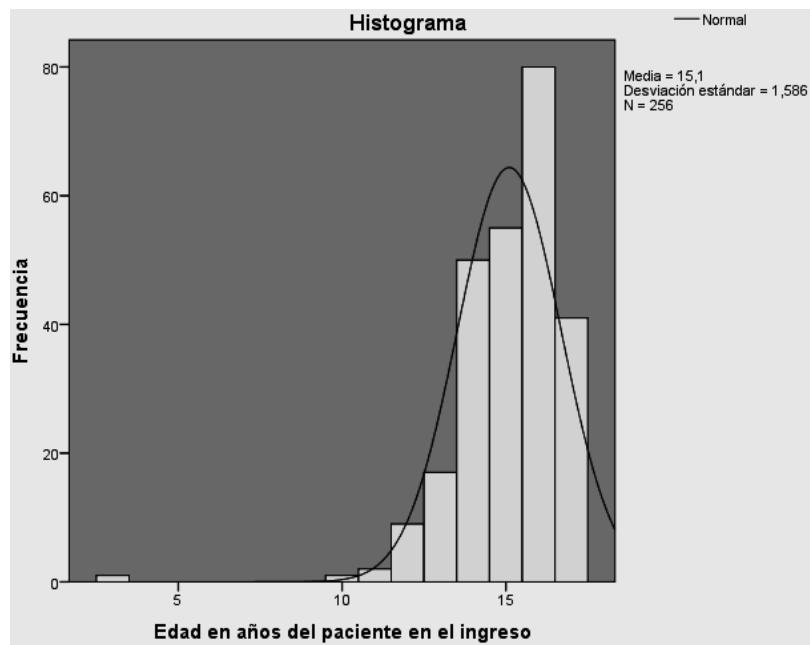


FIGURA 4. Histograma de la variable edad en las mujeres ingresadas en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil durante el periodo del estudio. (Edad= años y Frecuencia= número de mujeres ingresadas).

- Estilos de vida de los menores estratificados por “Sexo”:

En la **Tabla 10**, aparecen los datos de los estilos de vida de los pacientes estudiados estratificados por Sexo.

En ella, se puede observar que el porcentaje de mujeres que refiere consumir de forma regular alcohol (fines de semana, quedadas con iguales) es claramente superior respecto al porcentaje de hombres, 39,8% (IC95%: 33,7 – 46,0) en mujeres, respecto a un 19,3% (IC95%: 11,8 – 26,8). Así mismo, en cuanto al consumo de tabaco, encontramos una relación similar, un 47,7% (IC95%: 41,3 – 54,0) de las mujeres refiere un consumo regular de tabaco en su día a día frente a un 21,8% (IC95%: 14,0 – 29,7) de hombres, datos que encontramos muy relevantes, puesto que nuestro estudio se realiza en población menor de 18 años y estarían ejerciendo un consumo ilegal de estas sustancias. En ambas variables, Tabaco y Alcohol, se encuentra asociación estadísticamente significativa respecto al Sexo.

ESTILOS DE VIDA	HOMBRES			MUJERES			P
	N= 119	%	IC 95%	N= 256	%	IC 95%	
TÓXICOS							
Ninguno	101	84,9	78,0 – 91,7	188	73,4	67,8 – 79,0	0,033
Cannabis	17	14,3	7,6 – 21,0	58	22,7	17,3 – 28,0	
Otros tóxicos	1	0,8	0,0 – 4,6	10	3,9	1,3 – 6,5	
TABACO							
No	93	78,2	70,3 – 86,0	134	52,3	46,0 – 58,7	< 0,001*
Si	26	21,8	14,0 – 29,7	122	47,7	41,3 – 54,0	
ALCOHOL							
No	96	80,7	73,2 – 88,2	154	60,2	54,0 – 66,3	< 0,001*
Si	23	19,3	11,8 – 26,8	102	39,8	33,7 – 46,0	

TABLA 10. Estilos de vida de los menores hospitalizados estratificando por Sexo. (N= Frecuencia observada, % = Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, P= Valor P mediante el estadístico Chi-cuadrado, * = Es estadísticamente significativo).

Por otro lado, también cabe destacar una asociación estadísticamente significativa respecto a la variable “Tóxicos” y “Sexo”, puesto que respecto al consumo de tóxicos, un 22,7% (IC95%: 17,3 – 28,0) de mujeres reconoce un consumo de cannabis de forma regular frente a un 14,3% (IC95%: 7,6 – 21,0)

de hombres, y un pequeño porcentaje, un 3,9% (IC95%: 1,3 – 6,5) de mujeres refiere consumir a menudo otros tóxicos (no cannabis) frente a un 0,8% (IC95%: 0,0 – 4,6) de hombres.

- **Características clínicas de los menores estudiados estratificado por “Sexo”.**

Al estratificar por Sexo la variables referentes a las características clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de corta estancia Infanto-juvenil, se puede observar, en la **Tabla 11**, los datos referentes a la agrupación de los diagnósticos médicos principales y secundarios dependiendo del sexo de los menores del nuestro estudio, según la CIE-10. Los diagnósticos médicos principales más frecuentes, en hombres, fueron los trastornos agrupados según la clasificación en: “F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, ya que lo presentaron el 26,9% (IC95%: 18,5 – 35,3), y los trastornos agrupados según la clasificación en: “F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes” con un 13,4% (IC95%: 6,9 – 20,0). Sin embargo, en mujeres, los diagnósticos médicos principales más frecuentes fueron los trastornos agrupados, según la clasificación, en: “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, ya que lo presentaron el 29,7% (IC95%: 23,9– 35,5), seguido de los trastornos agrupados según la clasificación en: “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” con un 26,6% (IC95%: 21,0 – 32,2).

Por otro lado, los diagnósticos médicos secundarios más frecuentes, en hombres, fueron los trastornos agrupados según la clasificación en: “Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales”, ya que lo presentó el 39,5% (IC95%: 30,3 – 48,7), y los trastornos agrupados según la clasificación en: “F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” con un 15,1% (IC95%: 8,3 – 22,0). Así mismo, las mujeres,

también tuvieron, como primer diagnóstico médico secundario más frecuente, los trastornos agrupados según la clasificación en: "Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales" presentado por un 32,4% (IC95%: 26,5 – 38,4) y de segundo más frecuente los trastornos agrupados, según la clasificación, en: "F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos" con un 22,3% (IC95%: 17,0 – 27,6). Encontrándose tanto en el diagnóstico médico principal como en el secundario, una asociación estadísticamente significativa por Sexo ($p <0,05$).

DIAGNÓSTICO MÉDICO (CIE-10)	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL						DIAGNÓSTICO SECUNDARIO					
	HOMBRES			MUJERES			HOMBRES			MUJERES		
	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%
F10-19: Trast. mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	9	7,6	2,4 – 12,7	7	2,7	0,5 – 4,9	11	9,2	3,6 – 14,9	16	6,3	3,1 – 9,4
F20-29: Esquizofrenia, trast. esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	16	13,4	6,9 – 20,0	6	2,3	0,3 – 4,4	7	5,9	1,2 – 10,5	1	0,4	0,0 – 2,2
F30-39: Trast. del humor (afectivos)	13	10,9	4,9 – 16,9	14	5,5	2,5 – 8,4	1	0,8	0,0 – 4,6	12	4,7	1,9 – 7,5
F40-49: Trast. neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	12	10,1	4,3 – 15,9	76	29,7	23,9 – 35,5	14	11,8	5,6 – 18,0	57	22,3	17,0 – 27,6
F50-59: Trast. del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	8	6,7	1,8 – 11,6	68	26,6	21,0 – 32,2	1	0,8	0,0 – 4,6	36	14,1	9,6 – 18,5
F60-69: Trast. de la personalidad y del comportamiento del adulto	7	5,9	1,2 – 10,5	23	9	5,3 – 12,7	5	4,2	1,4 – 9,5	17	6,6	3,4 – 9,9
F70-79: Retraso mental	14	11,8	5,6 – 18,0	2	0,8	0,1 – 2,8	13	10,9	4,9 – 16,9	6	2,3	0,3 – 4,4
F90-98: Trast. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	32	26,9	18,5 – 35,3	36	14,1	9,6 – 18,5	18	15,1	8,3 – 22,0	13	5,1	2,2 – 8,0
X60-84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente	-	-	-	7	2,7	0,5 – 4,9	2	1,7	0,2 – 5,9	14	5,5	2,5 – 8,4
Z55-65: Personas con riesgo potencial para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales	8	6,7	1,8 – 11,6	15	5,9	2,8 – 8,9	47	39,5	30,3 – 48,7	83	32,4	26,5 – 38,4
Otros trast. orgánicos	-	-	-	2	0,8	0,1 – 2,8	-	-	-	1	0,4	0,0 – 2,2
Valor P	< 0,001*						< 0,001*					

TABLA 11. Clasificación de los diagnósticos médicos principales y secundarios agrupados según la CIE-10, estratificados por Sexo presentados por los menores hospitalizados. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%, Valor P= valor P mediante estadístico Chi-Cuadrado, * = Es estadísticamente significativo).

Y respecto a los diagnósticos enfermeros principales y secundarios, según la NANDA 2009-2011, de los menores de nuestro estudio estratificados por Sexo, podemos observar, en la **Tabla 12**, que los diagnósticos enfermeros principales más frecuentes, en hombres, fueron los pertenecientes al Dominio de salud 1: “Promoción de la salud”, ya que lo presentaron un 36,1% (IC95%: 27,1 – 45,2) de los menores ingresados en la Unidad y los segundos más frecuentes fueron los diagnósticos pertenecientes al Dominio de salud 7: “Rol/Relaciones”, ya que lo presentaron un 12,6% (IC95%: 6,2 – 19,0). Así mismo, los diagnósticos enfermeros secundarios más frecuentes, en hombres, fueron los pertenecientes al Dominio de salud 4: “Actividad/Reposo”, puesto que lo presentaron un 26,1% (IC95%: 17,7 – 34,4) y aquellos pertenecientes al Dominio de salud 11: “Seguridad/Protección” con un 14,3% (IC95%: 7,6 – 21,0).

Además, en las mujeres, los diagnósticos enfermeros principales más frecuentes fueron aquellos pertenecientes al Dominio de salud 1: “Promoción de la salud”, como en los hombres, presentándolo un 53,1% (IC95%: 46,8 – 59,4) y aquellos pertenecientes al Dominio de salud 2: “Nutrición” con un 15,6% (IC95%: 11,0 – 20,3). Así mismo, los diagnósticos enfermeros secundarios más frecuentes, en mujeres, fueron los pertenecientes al Dominio de salud 2: “Nutrición”, puesto que lo presentaron un 28,9% (IC95%: 23,2 – 34,7) y aquellos pertenecientes al Dominio de salud 1: “Promoción de la salud” con un 18,4% (IC95%: 13,4 – 23,3). Encontrándose tanto en el primer diagnóstico enfermero como en el segundo, una asociación estadísticamente significativa por Sexo ($p < 0,05$).

Por otro lado, como se observa en la **Tabla 13**, solamente encontramos asociación estadísticamente significativa de la variable “Antecedentes orgánicos personales” al estratificar por Sexo ($p < 0,05$), ya que como se observa, un 33,6% (IC95%: 24,7 – 42,5) de los hombres ingresados posee antecedentes orgánicos relevantes respecto a un 16,8% (IC95%: 12,0 – 21,6) de las mujeres.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA 2009-11)	PRIMER DIAGNÓSTICO						SEGUNDO DIAGNÓSTICO					
	HOMBRES			MUJERES			HOMBRES			MUJERES		
	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%
Dominio 1: Promoción de la salud	43	36,1	27,1 – 45,2	136	53,1	46,8 – 59,4	11	9,2	3,6 – 14,9	47	18,4	13,4 – 23,3
Dominio 2: Nutrición	10	8,4	3,0 – 13,8	40	15,6	11,0 – 20,3	16	13,4	6,9 – 20,0	74	28,9	23,2 – 34,7
Dominio 3: Eliminación/Intercambio	-	-	-	-	-	-	9	7,6	2,4 – 12,7	23	9,0	5,3 – 12,7
Dominio 4: Actividad/Reposo	10	8,4	3,0 – 13,8	20	7,8	4,3 – 11,3	31	26,1	17,7 – 34,4	39	15,2	10,6 – 19,8
Dominio 5: Percepción/Cognición	13	10,9	4,9 – 16,9	6	2,3	0,3 – 4,4	9	7,6	2,4 – 12,7	3	1,2	0,2 – 3,4
Dominio 6: Autopercepción	7	5,9	1,2 – 10,5	4	1,6	0,4 – 4,0	5	4,2	1,4 – 9,5	26	10,2	6,3 – 14,1
Dominio 7: Rol/Relaciones	15	12,6	6,2 – 19,0	6	2,3	0,3 – 4,4	11	9,2	3,6 – 14,9	7	2,7	0,5 – 4,9
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés	5	4,2	1,4 – 9,5	21	8,2	4,6 – 11,8	7	5,9	1,2 – 10,5	14	5,5	2,5 – 8,4
Dominio 10: Principios vitales	6	5	0,7 – 9,4	13	5,1	2,2 – 8,0	-	-	-	-	-	-
Dominio 11: Seguridad/Protección	7	5,9	1,2 – 10,5	9	3,5	1,1 – 6,0	17	14,3	7,6 – 21,0	22	8,6	5,0 – 12,2
Dominio 12: Confort	-	-	-	-	-	-	3	2,5	0,5 – 7,2	1	0,4	0,0 – 2,2
Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo	3	2,5	0,5 – 7,2	1	0,4	0,0 – 2,2	-	-	-	-	-	-
Valor P	< 0,001*						< 0,001*					

TABLA 12. Clasificación por Dominios de salud de los Diagnósticos enfermeros principales y secundarios según NANDA 2009-11 presentados por los menores hospitalizados estratificados por Sexo. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, Valor P= valor P mediante estadístico Chi-Cuadrado, *= Es estadísticamente significativo).

ANTECEDENTES RELEVANTES	HOMBRES			MUJERES			P
	N= 119	%	IC 95%	N= 256	%	IC 95%	
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES							
No	79	66,4	57,5 – 75,3	213	83,2	78,4 – 88,0	< 0,001*
Si	40	33,6	24,7 – 42,5	43	16,8	12,0 – 21,6	
ANTECEDENTES PSIQUEIÁTRICOS PERSONALES							
No	7	5,9	1,2 – 10,5	28	10,9	6,9 – 15,0	0,117
Si	112	94,1	89,5 – 98,8	228	89,1	85,0 – 93,1	
ANTECEDENTES PSIQUEIÁTRICOS DE FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO							
No	39	32,8	23,9 – 41,6	94	36,7	30,6 – 42,8	0,457
Si	80	67,2	58,4 – 76,1	162	63,3	57,2 – 69,4	

TABLA 13. Antecedentes orgánicos y psiquiátricos relevantes personales, así como, antecedentes psiquiátricos de familiares de 1º y/o 2º grado de los menores hospitalizados estratificado por Sexo. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, P= Valor P mediante el estadístico Chi-cuadrado, *= Es estadísticamente significativo).

Sin embargo, respecto a los antecedentes psiquiátricos personales y los antecedentes psiquiátricos de familiares de 1º y/o 2º grado, no se ha encontrado asociación por Sexo.

- **Características relevantes del ingreso de los menores estratificadas por “Sexo”:**

En la **Tabla 14**, se puede observar que, en los hombres, la mediana del tiempo de ingreso en la Unidad fue de 12 días (prueba de Kolmogórov – Smirnov $p <0,05$), estando ingresado el paciente con menor tiempo en la Unidad dos días y el de mayor tiempo, 63 días, existiendo un rango intercuartílico de 10 (**Figura 5**). Así mismo, respecto a las mujeres, la mediana del tiempo de ingreso en la Unidad fue de 10 días (prueba de Kolmogórov – Smirnov $p <0,05$), estando ingresada la paciente con menor tiempo en la Unidad un día y la de mayor tiempo, 74 días, existiendo un rango intercuartílico de 10 (**Figura 6**).

Además, se ha encontrado asociación estadísticamente significativa ($p <0,05$) por Sexo en: Ingreso actual, Ingresos anteriores e Ingresos posteriores, destacando que el 72,3% (IC95%: 63,8 – 80,7) de los hombres no tuvieron ingresos anteriores, ni posteriores del ingreso actual. Y respecto a las mujeres el 56,3% (IC95%: 50,0 – 62,5) no tuvieron ingresos anteriores al ingreso actual y el 55,9% (IC95%: 49,6 – 62,1) no tuvieron ingresos posteriores.

Sin embargo, no se ha encontrado asociación estadísticamente significativa en la duración del ingreso, destacando que tanto la mayoría de hombres, 72,3% (IC95%: 63,8 – 80,7), como de mujeres, 67,2% (IC95%: 61,2 – 73,1), estuvieron ingresados entre una semana y un mes.

CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DEL INGRESO	HOMBRES			MUJERES			P
	N= 119	%	IC 95%	N= 256	%	IC 95%	
Nº DÍAS TOTALES INGRESADO EN UCEIJ	Mediana= 12 Min= 2 Max= 63		Rango IQ= 10	Mediana= 10 Min= 1 Max= 74		Rango IQ= 10	0,183
TIEMPO DE INGRESO							
Menos de una semana	22	18,5	11,1 – 25,9	58	22,7	17,3 – 28,0	0,596
Entre una semana y un mes	86	72,3	63,8 – 80,7	172	67,2	61,2 – 73,1	
Más de un mes	11	9,2	3,6 – 14,9	26	10,2	6,3 – 14,1	
INGRESO ACTUAL							
Primer ingreso	86	72,3	63,8 – 80,7	144	56,3	50,0 – 62,5	0,001*
Algun reingreso	32	26,9	18,5 – 35,3	84	32,8	26,9 – 38,8	
Bastantes reingresos	1	0,8	0,0 – 4,6	28	10,9	6,9 – 15,0	
INGRESOS ANTERIORES							
No	86	72,3	63,8 – 80,7	144	56,3	50,0 – 62,5	0,003*
Sí	33	27,7	19,3 – 36,2	112	43,8	37,5 – 50,0	
INGRESOS POSTERIORES							
No	86	72,3	63,8 – 80,7	143	55,9	49,6 – 62,1	0,002*
Sí	33	27,7	19,3 – 36,2	113	44,1	37,9 – 50,4	

TABLA 14. Características relevantes del ingreso de los menores hospitalizados estratificadas por Sexo. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%, P= Valor P mediante la prueba U de Mann-Whitney en la variable Nº días totales ingresado en UCEIJ y en el resto mediante el estadístico Chi-cuadrado, *= Es estadísticamente significativo).

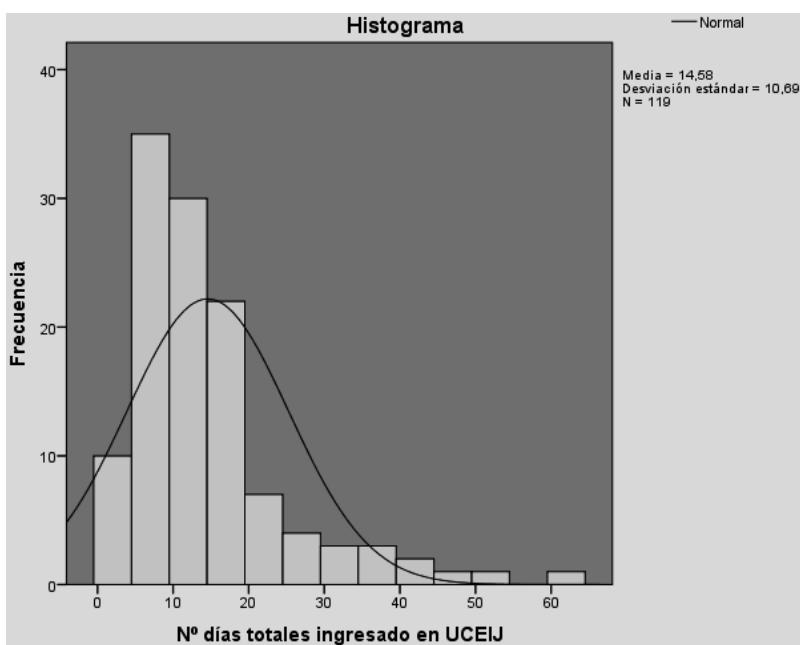


FIGURA 5. Histograma de la variable Número de días totales ingresado en UCEIJ en hombres. (Número de días totales ingresado en UCEIJ= días y Frecuencia= número de hombres ingresados).

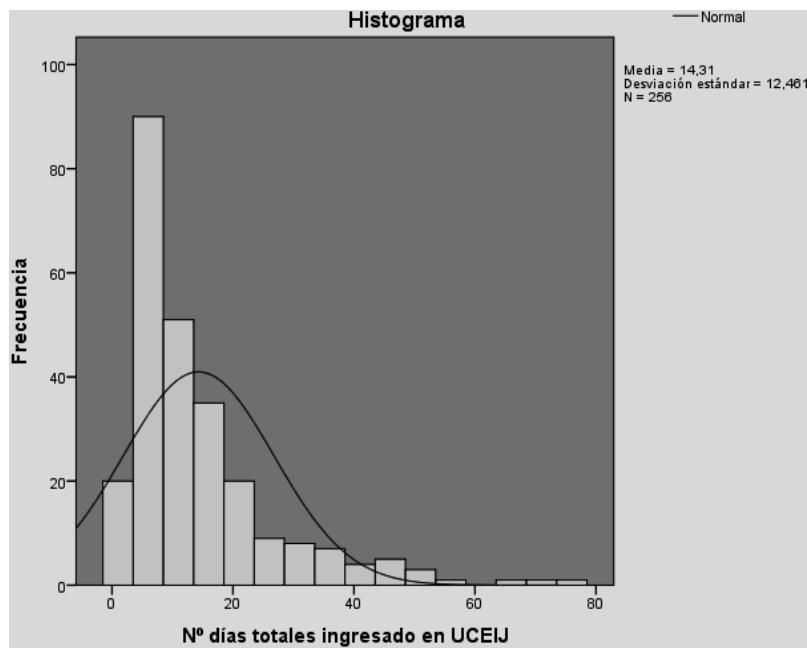


FIGURA 6. Histograma de la variable N° días totales ingresado en UCEIJ en mujeres. (Nº días totales ingresado en UCEIJ= días y Frecuencia= número de mujeres ingresadas).

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO ESTRATIFICADAS POR EDAD:

Se realizó un análisis descriptivo de las variables utilizadas para el estudio estratificándolas por “Edad”, en la cual se diferenciaban en Infancia (0 a 13 años) y Adolescencia (14 a 17 años), para conocer las posibles diferencias entre ambos grupos de edad. Del total de la muestra de los menores ingresados en la Unidad, 77 pertenecían al grupo de Infancia y 298, al grupo de Adolescencia.

- Características sociodemográficas de los menores estratificadas por “Edad”:

En la **Tabla 15**, se observan los datos relacionados con las características sociodemográficas de los menores estratificando por Edad. Se puede observar, en ella, que se encuentra asociación estadísticamente significativa ($p <0,05$) entre la Edad y las variables: Sexo, Ciclo educativo y Muerte de algún parente.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	INFANCIA			ADOLESCENCIA			P
	N=77	%	IC 95%	N=298	%	IC 95%	
SEXO							
Hombre	47	61,0	49,5 – 72,6	72	24,2	19,1 – 29,2	< 0,001*
Mujer	30	39,0	27,4 – 50,5	226	75,8	70,8 – 80,9	
PROCEDENCIA							
Urbano	55	71,4	60,7 – 82,2	230	77,2	72,2 – 82,1	0,292
Rural	22	28,6	17,8 – 39,3	68	22,8	17,9 – 27,8	
CONVIVENCIA							
Familia	75	97,4	90,0 – 99,7	273	91,6	88,3 – 94,9	0,080
Centro de menores	2	2,6	0,3 – 9,1	25	8,4	5,1 – 11,7	
CICLO EDUCATIVO							
No estudia	4	5,2	1,4 – 12,8	39	13,1	9,1 – 17,1	
Educación especial	15	19,5	10,0 – 29,0	13	4,4	1,9 – 6,8	< 0,001*
Educación Primaria	23	29,9	19,0 – 40,7	-	-	-	
Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.)	35	45,5	33,7 – 57,2	169	56,7	50,9 – 62,5	
Formación Profesional (FP)	-	-	-	32	10,7	7,1 – 14,4	
Bachillerato	-	-	-	45	15,1	10,9 – 19,3	
ADOPCIÓN							
No	50	64,9	53,6 – 76,2	272	91,3	87,9 – 94,6	
Si	27	35,1	23,8 – 46,4	26	8,7	5,4 – 12,1	0,794
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES							
No	50	64,9	53,6 – 76,2	207	69,5	64,1 – 74,9	
Si	27	35,1	23,8 – 46,4	91	30,5	25,1 – 35,9	0,446
MUERTE DE ALGÚN PADRE							
No	75	97,4	90,0 – 99,7	264	88,6	84,8 – 92,4	
Si	2	2,6	0,3 – 9,1	34	11,4	7,6 – 15,2	0,019*

TABLA 15. Características sociodemográficas de los menores hospitalizados estratificado por Edad. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, P= Valor P mediante el estadístico Chi-cuadrado, *= Es estadísticamente significativo).

Como podemos apreciar, en la **Tabla 15**, en la infancia vemos un porcentaje superior de hombres, 61,0% (IC95%: 49,5 – 72,6), sin embargo, en la adolescencia, el porcentaje es superior en mujeres con un 75,8% (IC95%: 70,8 – 80,9).

Además, cabe destacar el elevado porcentaje de menores que no estudia en la adolescencia, 13,1% (IC95%: 9,1 – 17,1) frente al mismo grupo en la infancia, 5,2% (IC95%: 1,4 – 12,8). Así mimos, también mencionar el porcentaje de menores adolescentes con algún parente fallecido, que es del 11,4% (IC95%: 7,6 – 15,2) respecto al grupo de la infancia que son únicamente el 2,6% (IC95%: 0,3 – 9,1).

Por otro lado, no encontramos asociación estadísticamente significativa con la procedencia ni con la convivencia del menor, ni si el paciente ha sido adoptado o no, ni si los padres se han divorciado/separado o no. Destacando el elevado

porcentaje de menores adoptados en el grupo de Infancia, 35,1% (IC95%: 23,8 – 46,4), respecto al grupo de la Adolescencia, 8,7% (IC95%: 5,4 – 12,1).

- Estilos de vida de los menores estratificados por “Edad”.

En la **Tabla 16**, encontramos los datos referidos a los estilos de vida de los pacientes ingresados estratificados por Edad y, en ella, podemos observar que hay una asociación estadísticamente significativa entre la Edad y las tres variables: Tóxicos, Tabaco y Alcohol.

Como esperábamos encontrar, el porcentaje de consumo tanto de alcohol, como de tabaco y tóxicos es menor en el grupo de la Infancia, ya que en él solamente consumen alcohol el 18,2% (IC95%: 8,9 – 27,4) y consumen tabaco el 19,5% (IC95%: 10,0 – 29,0).

Por otro lado, respecto al consumo de sustancias ilegales en España, cabe destacar que el 13,0% (IC95%: 4,8 – 21,1) del grupo de la Infancia, y el 21,8% (IC95%: 17,0 – 26,7) de los adolescentes consume cannabis, y un 3,7% (IC95%: 1,4 – 6,0) de los adolescentes otros tóxicos (no cannabis).

ESTILOS DE VIDA	INFANCIA			ADOLESCENCIA			P
	N= 77	%	IC 95%	N= 298	%	IC 95%	
TÓXICOS							
Ninguno	68	87,0	78,9 – 95,2	222	74,5	69,4 – 79,6	
Cannabis	10	13,0	4,8 – 21,1	65	21,8	17,0 – 26,7	0,039*
Otros tóxicos	-	-	-	11	3,7	1,4 – 6,0	
TABACO							
No	62	80,5	71,0 – 90,0	165	55,4	49,6 – 61,2	< 0,001*
Si	15	19,5	10,0 – 29,0	133	44,6	38,2 – 50,4	
ALCOHOL							
No	63	81,8	72,6 – 91,1	187	62,8	57,1 – 68,4	0,002
Si	14	18,2	8,9 – 27,4	111	37,2	31,6 – 42,9	

TABLA 16. Estilos de vida de los menores hospitalizados estratificado por Edad. (N= Frecuencia observada, % = Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, P= Valor P mediante el estadístico Chi-cuadrado, * = Es estadísticamente significativo).

- **Características clínicas de los menores estratificados por “Edad”:**

Al estratificar por Edad la variables referentes a las características clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad de corta estancia Infanto-juvenil, se pueden observar, en la **Tabla 17**, los datos referentes a la agrupación de los diagnósticos médicos principales y secundarios, dependiendo del grupo de edad de los menores del nuestro estudio, según la CIE-10, y, en la **Tabla 18**, los diagnósticos enfermeros principales y secundarios agrupados en Dominios de salud, según la NANDA 2009-2011, de los menores de nuestro estudio estratificados por Edad. En estas variables no se ha podido llevar a cabo la prueba Chi-cuadrado para comprobar la asociación, puesto que no se cumplía el criterio de “un máximo del 20% de las frecuencias estimadas son inferiores a 5”.

A pesar de ello, cabe destacar que los diagnósticos médicos principales más frecuentes, en la infancia, eran aquellos agrupados según la clasificación en: “F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”, ya que lo presentaron el 31,2% (IC95%: 20,2 – 42,2) y los diagnósticos médicos secundarios más frecuentes fueron los trastornos agrupados según la clasificación en: “Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales”, ya que lo presentó un 48,1% (IC95%: 36,2 – 59,9) del grupo de la infancia.

Así mismo, en cuanto a los diagnósticos médicos principales más frecuentes, en la adolescencia, fueron aquellos agrupados según la clasificación en: “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, ya que lo presentaron el 23,5% (IC95%: 18,5 – 28,5) y los diagnósticos médicos secundarios más frecuentes fueron los trastornos agrupados según la clasificación en: “Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales”, ya que lo presentó un 31,2% (IC95%: 25,8 – 36,6) de los adolescentes.

DIAGNÓSTICO MÉDICO (CIE-10)	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL						DIAGNÓSTICO SECUNDARIO					
	INFANCIA			ADOLESCENCIA			INFANCIA			ADOLESCENCIA		
	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%	N=	%	IC 95%
F10-19: Trast. mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas	-	-	-	16	5,4	2,6 – 8,1	2	2,6	0,3 – 9,1	25	8,4	5,1 – 11,7
F20-29: Esquizofrenia, trast. esquizotípico y trastornos de ideas delirantes	3	3,9	0,8 – 11,0	19	6,4	3,4 – 9,3	2	2,6	0,3 – 9,1	6	2,0	0,3 – 3,8
F30-39: Trast. del humor (afectivos)	8	10,4	2,9 – 17,9	19	6,4	3,4 – 9,3	-	-	-	13	4,4	1,9 – 6,8
F40-49: Trast. neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	18	23,4	13,3 – 33,5	70	23,5	18,5 – 28,5	10	13,0	4,8 – 21,1	61	20,5	15,7 – 25,2
F50-59: Trast. del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	9	11,7	3,9 – 19,5	67	22,5	17,6 – 27,4	1	1,3	0,0 – 7,0	36	12,1	8,2 – 15,9
F60-69: Trast. de la personalidad y del comportamiento del adulto	3	3,9	0,8 – 11,0	27	9,1	5,6 – 12,5	1	1,3	0,0 – 7,0	21	7,0	4,0 – 10,1
F70-79: Retraso mental	4	5,2	1,4 – 12,8	12	4,0	1,6 – 6,4	7	9,1	2,0 – 16,2	12	4,0	1,6 – 6,4
F90-98: Trast. del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	24	31,2	20,2 – 42,2	44	14,8	10,6 – 19,0	14	18,2	8,9 – 27,4	17	5,7	2,9 – 8,5
X60-84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente	-	-	-	7	2,3	0,5 – 4,2	3	3,9	0,8 – 11,0	13	4,4	1,9 – 6,8
Z55-65: Personas con riesgo potencial para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales	7	9,1	2,0 – 16,2	16	5,4	2,6 – 8,1	37	48,1	36,2 – 59,9	93	31,2	25,8 – 36,6
Otros trast. orgánicos	1	1,3	0,0 – 7,0	1	0,3	0,0 – 1,9	-	-	-	1	0,3	0,0 – 1,9

TABLA 17. Clasificación de los diagnósticos médicos principales y secundarios agrupados según la CIE-10, estratificados por Edad presentados por los menores hospitalizados. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%).

Respecto a los diagnósticos enfermeros, cabe destacar que los diagnósticos principales más frecuentes, en la infancia, fueron los agrupados en el Dominio de salud 1: “Promoción de la salud”, ya que lo presentaron un 33,8% (IC95%: 22,6 – 45,0) de los menores ingresados en la Unidad, y los diagnósticos enfermeros secundarios más frecuentes fueron los pertenecientes al Dominio de salud 3: “Eliminación/Intercambio” junto a los agrupados en el Dominio de salud 11: “Seguridad/Protección”, ambos presentados por un 15,6% (IC95%: 6,8 – 24,3) de los menores.

Y además, en cuanto a los diagnósticos enfermeros principales más frecuentes, en la adolescencia, fueron los agrupados en el Dominio de salud 1: “Promoción de la salud”, ya que lo presentaron un 51,3% (IC95%: 45,5 – 57,2) de los menores ingresados en la Unidad, y los diagnósticos enfermeros

secundarios más frecuentes fueron los agrupados en el Dominio de salud 2: “Nutrición”, puesto que lo presentaron por un 26,8% (IC95%: 21,6 – 32,0) de los adolescentes.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA 2009-11)	PRIMER DIAGNÓSTICO						SEGUNDO DIAGNÓSTICO					
	INFANCIA			ADOLESCENCIA			INFANCIA			ADOLESCENCIA		
	N=	%	IC 95%	N=	%	IC	N=	%	IC	N=	%	IC
Dominio 1: Promoción de la salud	26	33,8	22,6 – 45,0	153	51,3	45,5 – 57,2	7	9,1	2,0 – 16,2	51	17,1	12,7 – 21,6
Dominio 2: Nutrición	14	18,2	8,9 – 27,4	36	12,1	8,2 – 15,9	10	13,0	4,8 – 21,1	80	26,8	21,6 – 32,0
Dominio 3: Eliminación/Intercambio	-	-	-	-	-	-	12	15,6	6,8 – 24,3	20	6,7	3,7 – 9,7
Dominio 4: Actividad/Reposo	7	9,1	2,0 – 16,2	23	7,7	4,5 – 10,9	11	14,3	5,8 – 22,8	59	19,8	15,1 – 24,5
Dominio 5: Percepción/Cognición	4	5,2	1,4 – 12,8	15	5,0	2,4 – 7,7	3	3,9	0,8 – 11,0	9	3,0	0,9 – 5,1
Dominio 6: Autopercepción	2	2,6	0,3 – 9,1	9	3,0	0,9 – 5,1	6	7,8	1,2 – 14,4	25	8,4	5,1 – 11,7
Dominio 7: Rol/Relaciones	11	14,3	5,8 – 22,8	10	3,4	1,1 – 5,6	7	9,1	2,0 – 16,2	11	3,7	1,4 – 6,0
Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés	7	9,1	2,0 – 16,2	19	6,4	3,4 – 9,3	9	11,7	3,9 – 19,5	12	4,0	1,6 – 6,4
Dominio 10: Principios vitales	2	2,6	0,3 – 9,1	17	5,7	2,9 – 8,5	-	-	-	-	-	-
Dominio 11: Seguridad/Protección	1	1,3	0,0 – 7,0	15	5,0	2,4 – 7,7	12	15,6	6,8 – 24,3	27	9,1	5,6 – 12,5
Dominio 12: Confort	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1,3	0,4 – 3,4
Dominio 13: Crecimiento/Desarrollo	3	3,9	0,8 – 11,0	1	0,3	0,0 – 1,9	-	-	-	-	-	-

TABLA 18. Clasificación por Dominios de salud de los Diagnósticos enfermeros principales y secundarios según NANDA 2009-11 presentados por los menores hospitalizados estratificados por Edad. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%).

Por otro lado, como se observa en la **Tabla 19**, solamente encontramos asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de antecedentes orgánicos personales ($p <0,05$), ya que como vemos, solamente un 18,1% (IC95%: 13,6 – 22,7) de los adolescentes ingresados posee antecedentes orgánicos relevantes frente a un 37,7% (IC95%: 26,2 – 49,1) de aquellos pertenecientes al grupo de la Infancia.

Sin embargo, respecto a los antecedentes psiquiátricos personales y los antecedentes psiquiátricos de familiares de 1º y/o 2º grado, no se ha encontrado asociación por Edad, observando un porcentaje muy similar tanto

en la infancia, como en la adolescencia para presentar antecedentes psiquiátricos personales y antecedentes psiquiátricos de familiares de 1º y/o 2º grado.

ANTECEDENTES RELEVANTES	INFANCIA			ADOLESCENCIA			P
	N= 77	%	IC 95%	N= 298	%	IC 95%	
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES							
No	48	62,3	50,9 – 73,8	244	81,9	77,3 – 86,4	< 0,001*
Si	29	37,7	26,2 – 49,1	54	18,1	13,6 – 22,7	
ANTECEDENTES PSIQUEIÁTRICOS PERSONALES							
No	8	10,4	2,9 – 17,9	27	9,1	5,6 – 12,5	0,721
Si	69	89,6	82,1 – 97,1	271	90,9	87,5 – 94,4	
ANTECEDENTES PSIQUEIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO							
No	29	37,7	26,2 – 49,1	104	34,9	29,3 – 40,5	0,651
Si	48	62,3	50,9 – 73,8	194	65,1	59,5 – 70,7	

TABLA 19. Antecedentes orgánicos y psiquiátricos relevantes personales, así como, antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado de los menores hospitalizados estratificado por Edad. (N= Frecuencia observada, % = Porcentaje, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, P= Valor P mediante el estadístico Chi-cuadrado, *= Es estadísticamente significativo).

- **Características relevantes del ingreso de los menores estratificadas por “Edad”:**

En la **Tabla 20**, se puede observar que, en la infancia, la mediana del tiempo de ingreso en la Unidad fue de 11 días (prueba de Kolmogórov – Smirnov p <0,05), estando ingresado el paciente con menor tiempo en la Unidad dos días y el de mayor tiempo, 44 días, existiendo un rango intercuartílico de 8 (**Figura 7**). Así mismo, respecto a los adolescentes, la mediana del tiempo de ingreso en la Unidad fue también de 11 días (prueba de Kolmogórov – Smirnov p <0,05), estando ingresado el paciente con menor tiempo en la Unidad un día y el de mayor tiempo, 74 días, con un rango intercuartílico de 11 (**Figura 8**).

También observamos, en la **Tabla 20**, que se ha encontrado asociación estadísticamente significativa (p <0,05) por Edad en: Ingreso actual e Ingresos anteriores, destacando que el 74,0% (IC95%: 63,6 – 84,5) de los menores pertenecientes al grupo de la Infancia no tuvieron ingresos anteriores al actual, siendo éste su primer ingreso en la Unidad. Y respecto a los adolescentes, el 58,1% (IC95%: 52,3 – 63,8) tampoco tuvieron ingresos anteriores al ingreso actual siendo, también, éste su primer ingreso en la Unidad.

CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DEL INGRESO	INFANCIA			ADOLESCENCIA			P
	N= 77	%	IC 95%	N= 298	%	IC 95%	
Nº DÍAS TOTALES INGRESADO EN UCEIJ	Mediana= 11 Max= 44	Min= 2	Rango IQ= 8	Mediana= 11 Max= 74	Min= 1	Rango IQ= 11	0,343
TIEMPO DE INGRESO							
Menos de una semana	16	20,8	11,1 – 30,5	64	21,5	16,6 – 26,3	0,281
Entre una semana y un mes	57	74,0	63,6 – 84,5	201	67,4	62,0 – 72,9	
Más de un mes	4	5,2	1,4 – 12,8	33	11,1	7,3 – 14,8	
INGRESO ACTUAL							
Primer ingreso	57	74,0	63,6 – 84,5	173	58,1	52,3 – 63,8	0,011*
Algún reingreso	19	24,7	14,4 – 35,0	97	32,6	27,1 – 38,0	
Bastantes reingresos	1	1,3	0,0 – 7,0	28	9,4	5,9 – 12,9	
INGRESOS ANTERIORES							
No	57	74,0	63,6 – 84,5	173	58,1	52,3 – 63,8	0,010*
Si	20	26,0	15,5 – 36,4	125	41,9	36,2 – 47,7	
INGRESOS POSTERIORES							
No	51	66,2	55,0 – 77,4	178	59,7	54,0 – 65,5	0,297
Si	26	33,8	22,6 – 45,0	120	40,3	34,5 – 46,0	

TABLA 20. Características relevantes del ingreso de los menores hospitalizados estratificadas por Edad. (N= Frecuencia observada, %= Porcentaje, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%, P= Valor P mediante la prueba U de Mann-Whitney en la variable Nº días totales ingresado en UCEIJ y en el resto mediante el estadístico Chi-cuadrado, *= Es estadísticamente significativo).

Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa en la duración del ingreso, destacando que tanto la mayoría del grupo de la infancia, 74,0% (IC95%: 63,6 – 84,5), como de la adolescencia, 67,4% (IC95%: 62,0 – 72,9), estuvieron ingresados entre una semana y un mes.

Y respecto a los ingresos posteriores, en la que tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa, que tanto el 66,2% (IC95%: 55,0 – 77,4) del grupo de la infancia, como el 59,7% (IC95%: 54,0 – 65,5) de los adolescentes preciso ingresos posteriores.

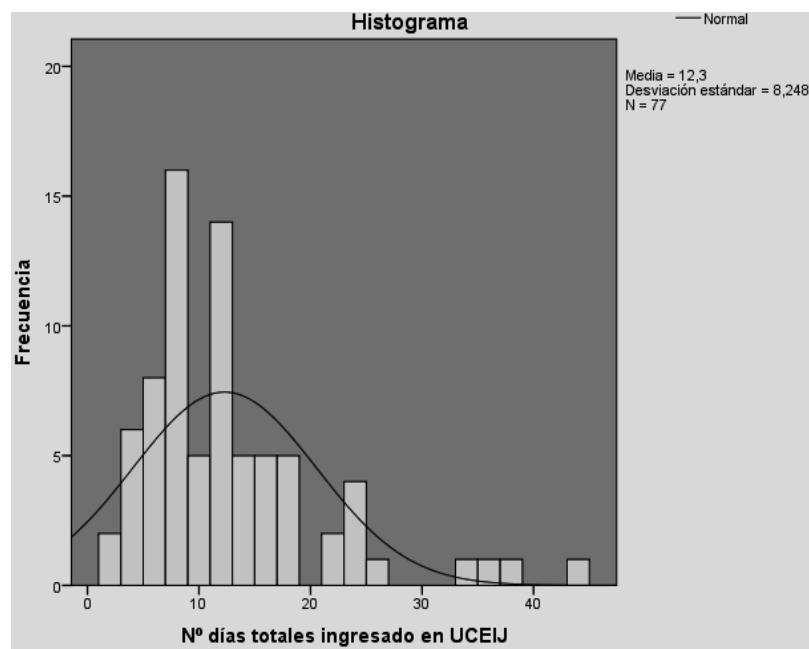


FIGURA 7. Histograma de la variable Nº días totales ingresado en UCEIJ en el grupo de la Infancia. (Nº días totales ingresado en UCEIJ= días y Frecuencia= número de niños ingresados).

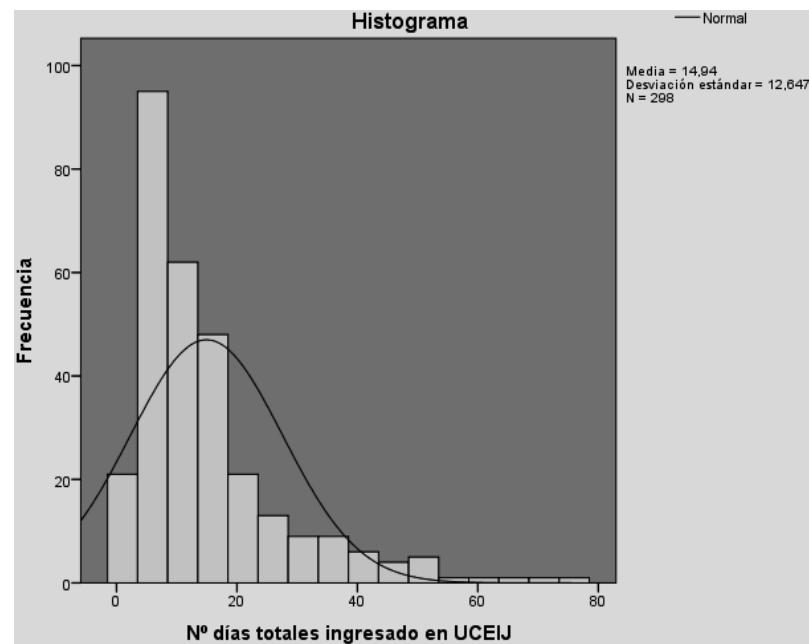


FIGURA 8. Histograma de la variable Nº días totales ingresado en UCEIJ en el grupo de la Adolescencia. (Nº días totales ingresado en UCEIJ= días y Frecuencia= número de adolescentes ingresados).

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A LOS DIFERENTES DIAGNÓSTICOS MÉDICOS PRINCIPALES:

- **F10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas:**

En la **Tabla 21**, se observan los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: “F10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”. Los resultados en los que hay asociación estadísticamente significativa son:

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	2,9 (1,1 – 8,0) *	44,7 (3,7 – 543,4) *
EDAD	2,5 (1,4 – 4,3) *	2,8 (1,1 – 7,1) *
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,1 (0,3 – 3,4)	1,5 (0,2 – 11,8)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	1,3 (0,3 – 4,6)	2,4 (0,3 – 18,9)
Más de un mes	0,7 (0,1 – 7,1)	1,2 (0,0 – 30,6)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	2,2 (0,8 – 6,2)	5,1 (0,7 – 40,3)
ANTECEDENTES PSQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	0,6 (0,1 – 5,0)	3,3 (0,1 – 90,7)
ANTECEDENTES PSQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	0,1 (0,0 – 0,9) *	0,1 (0,0 – 1,5)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	9,7 (3,2 – 29,1) *	2,5 (0,3 – 20,5)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	2,6 (0,7 – 9,7)	1,9 (0,2 – 18,8)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	1,7 (0,6 – 4,8)	6,4 (0,6 – 64,4)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	2,3 (0,6 – 8,4)	2,5 (0,1 – 50,3)
TÓXICOS (Ref: Ninguno)		
Cannabis	9,8 (2,5 – 38,9) *	12,3 (0,6 – 228,2)
Otros tóxicos	114,4 (22,1 – 592,1) *	286,0 (5,5 – 14927,6) *
TABACO (Ref: No)		
Si	25,5 (3,3 – 195,2) *	9,7 (0,5 – 189,1)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	4,7 (1,6 – 13,9) *	0,3 (0,0 – 2,9)

TABLA 21. Variables asociadas al diagnóstico médico principal “F10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, * = Resultados estadísticamente significativos).

Ser hombre tiene 44,7 veces más de riesgo de presentar éste diagnóstico, frente a ser mujer. Así mismo, respecto a la edad cabe decir que se aumenta el riesgo de presentar éste diagnóstico a mayor edad.

También, destacar que las personas que consumen “otros tóxicos” tienen mayor riesgo de presentar éste diagnóstico que las personas que no consumen ningún tóxico.

- **F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes:**

En la **Tabla 22**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: “F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”. El único resultado en el que se ha encontrado asociación estadísticamente significativa es en el sexo, ya que como podemos observar, ser hombre supone un riesgo de presentar éste diagnóstico respecto a ser mujer (OR: 10,7 e IC 95%: 3,6 – 31,5).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	6,5 (2,5 – 17,0) *	10,7 (3,6 – 31,5) *
EDAD	1,1 (0,9 – 1,4)	1,2 (0,9 – 1,5)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,5 (0,6 – 3,8)	1,2 (0,4 – 3,5)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	2,9 (0,7 – 12,9)	3,0 (0,6 – 15,2)
Más de un mes	2,2 (0,3 – 16,5)	2,7 (0,3 – 23,3)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	1,3 (0,5 – 3,6)	1,2 (0,4 – 3,8)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	1,6 (0,4 – 5,6)	2,0 (0,5 – 8,7)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	1,3 (0,5 – 3,1)	1,4 (0,5 – 3,8)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	0,6 (0,1 – 4,6)	0,3 (0,0 – 2,8)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	0,5 (0,1 – 3,8)	0,2 (0,0 – 2,0)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,3 (0,1 – 1,1)	0,3 (0,1 – 1,0)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	0,9 (0,2 – 4,2)	0,6 (0,1 – 3,3)
TABACO (Ref: No)		
Si	1,1 (0,4 – 2,6)	2,2 (0,7 – 7,4)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	0,9 (0,4 – 2,3) *	1,0 (0,3 – 3,4)

TABLA 22. Variables asociadas al diagnóstico médico principal “F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- F30-39: Trastornos del humor (afectivos):

En la **Tabla 23**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: “F30-39: Trastornos del humor (afectivos)”. El único resultado en el que se ha encontrado asociación estadísticamente significativa es que los padres del menor estén divorciados o separados, frente a no estarlo, ya que, que los menores ingresados que sus padres estaban divorciados o separados presentan 2,7 (OR: 2,7 e IC 95%: 1,1 – 6,4) veces más riesgo de presentar este diagnóstico.

		OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)			
Hombre		2,1 (1,0 – 4,7)	1,8 (0,7 – 4,6)
EDAD		1,0 (0,8 – 1,1)	1,1 (0,9 – 1,4)
PROCEDEDENCIA (Ref: Urbano)			
Rural		0,5 (0,2 – 1,6)	0,5 (0,2 – 1,7)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)			
Entre una semana y un mes		0,9 (0,3 – 2,3)	0,6 (0,2 – 1,7)
Más de un mes		1,5 (0,4 – 5,7)	0,8 (0,2 – 3,4)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)			
Si		2,2 (1,0 – 5,0)	1,7 (0,7 – 4,3)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)			
No		0,4 (0,0 – 2,7)	0,4 (0,1 – 3,5)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)			
No		0,6 (0,3 – 1,5)	0,6 (0,2 – 1,5)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)			
Centro de menores		0,5 (0,1 – 3,7)	0,5 (0,0 – 5,4)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)			
Si		1,8 (0,8 – 4,0)	2,7 (1,1 – 6,4) *
TÓXICOS (Ref: Ninguno)			
Cannabis		0,1 (0,0 – 1,1)	0,3 (0,0 – 2,6)
Otros tóxicos		1,1 (0,1 – 8,6)	2,2 (0,2 – 30,8)
TABACO (Ref: No)			
Si		0,3 (0,1 – 0,9) *	0,6 (0,1 – 2,2)
ALCOHOL (Ref: No)			
Si		0,3 (0,1 – 0,9) *	0,6 (0,2 – 2,0)

TABLA 23. Variables asociadas al diagnóstico médico principal “F30-39: Trastornos del humor (afectivos)” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- **F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos:**

En la **Tabla 24**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Los menores ingresados que no tenían antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado tenían menor riesgo de presentar éste diagnóstico frente a los que sí los tenían (OR: 0,4 e IC 95%: 0,2 – 0,8). Y además, ser hombre, también suponía menor riesgo, respecto a ser mujer (OR: 0,2 e IC 95%: 0,1 – 0,4).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	0,3 (0,1 – 0,5) *	0,2 (0,1 – 0,4) *
EDAD	10,0 (0,9 – 1,1)	0,9 (0,8 – 1,0)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	0,9 (0,5 – 1,6)	1,0 (0,5 – 1,9)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	1,2 (0,7 – 2,3)	1,0 (0,5 – 2,1)
Más de un mes	0,7 (0,3 – 2,0)	0,5 (0,2 – 1,5)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	0,5 (0,3 – 1,0)	0,5 (0,3 – 1,1)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	1,8 (0,9 – 3,8)	1,2 (0,5 – 2,8)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES		
DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	0,5 (0,3 – 0,8) *	0,4 (0,2 – 0,8) *
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	0,1 (0,0 – 0,9) *	0,2 (0,0 – 1,6)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	0,7 (0,3 – 1,8)	1,4 (0,5 – 4,1)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	1,3 (0,8 – 2,1)	1,4 (0,8 – 2,5)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	1,5 (0,7 – 3,2)	1,7 (0,7 – 4,2)
TÓXICOS (Ref: Ninguno)		
Cannabis	0,3 (0,1 – 0,7) *	0,2 (0,1 – 0,5)
Otros tóxicos	0,3 (0,0 – 2,1)	0,3 (0,0 – 2,6)
TABACO (Ref: No)		
Si	0,8 (0,5 – 1,3)	1,3 (0,6 – 2,8)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	0,7 (0,4 – 1,3)	0,7 (0,3 – 1,4)

TABLA 24. Variables asociadas al diagnóstico médico principal “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfas” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

Por otro lado, como éste es el diagnóstico médico principal más frecuente de los menores ingresados en la Unidad durante el periodo del estudio, podemos ver, en el **Gráfico 1**, las variables dicotómicas asociadas al diagnóstico médico principal: “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfas”. Tras haber realizado un análisis de regresión logística ajustado por: Sexo, Edad, Procedencia, Tiempo de ingreso, Antecedentes orgánicos personales, Antecedentes psiquiátricos personales, Antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado, Convivencia, Adopción, Divorcio/Separación, Muerte de algún parente, Tóxicos, Tabaco y Alcohol.

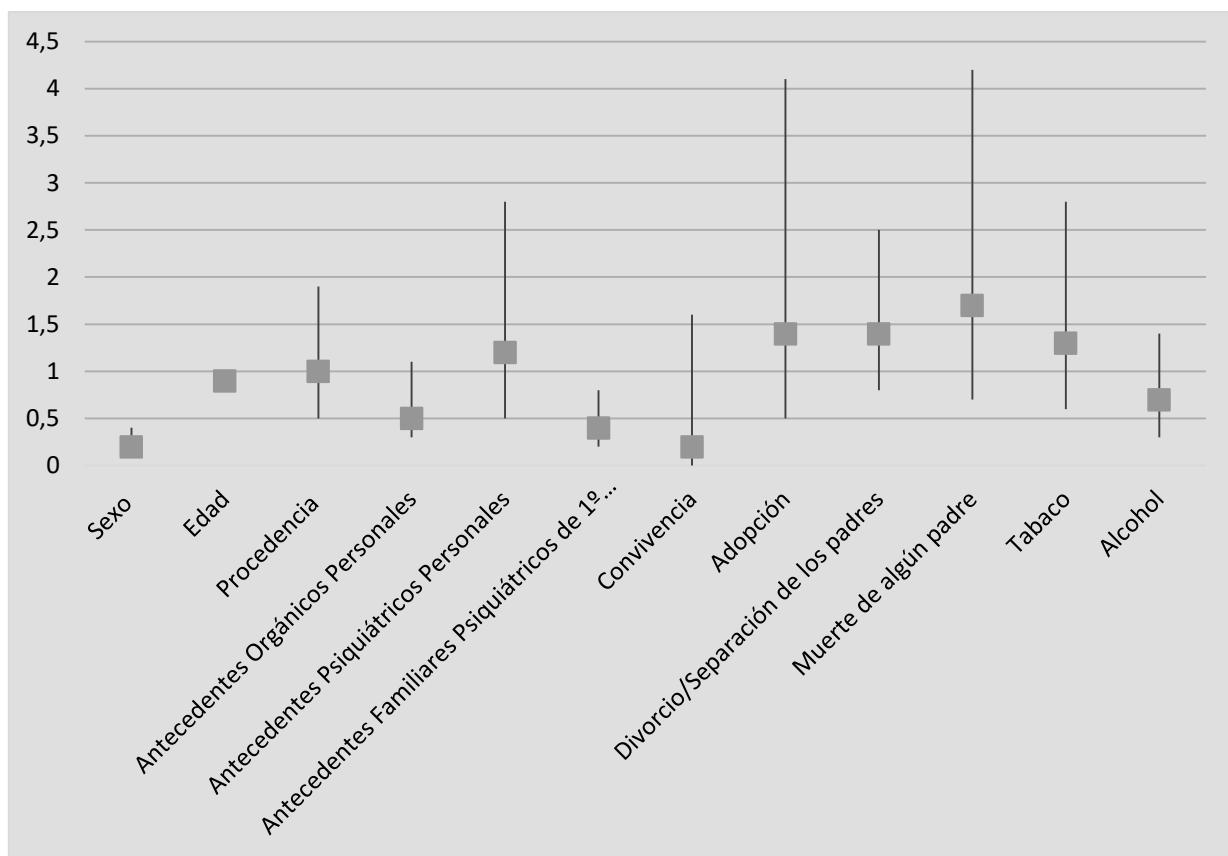


Gráfico 1. Variables dicotómicas asociadas al diagnóstico médico principal “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” en los menores ingresados en la Unidad de Corte Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico.

- **F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos:**

En la **Tabla 25**, se pueden observar los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Los menores ingresados en la Unidad que permanecieron ella más de un mes presentan 4,9 (OR: 4,9 e IC 95%: 1,7 – 14,3) veces más de riesgo de presentar éste diagnóstico respecto a los que están menos de una semana ingresados, así como, aquellos que consumen alcohol (OR: 4,2 e IC 95%: 2,0 – 8,8), respecto a los que no.

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	0,2 (0,1 – 0,4) *	0,2 (0,1 – 0,5) *
EDAD	1,1 (0,9 – 1,2)	1,0 (0,8 – 1,1)
PROCEDEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	0,7 (0,4 – 1,4)	0,7 (0,4 – 1,5)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	21,7 (0,8 – 3,5)	1,2 (0,5 – 2,8)
Más de un mes	5,3 (2,1 – 13,5) *	4,9 (1,7 – 14,3) *
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	0,5 (0,2 – 0,9) *	0,5 (0,2 – 1,2)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	1,7 (0,8 – 3,6)	1,2 (0,5 – 3,1)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES		
DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	1,6 (1,0 – 2,7)	1,2 (0,6 – 2,2)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	0,1 (0,0 – 1,0)	0,2 (0,0 – 1,5)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,5 (0,3 – 0,9) *	0,5 (0,2 – 0,9) *
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	0,5 (0,2 – 1,4)	0,3 (0,1 – 1,1)
TABACO (Ref: No)		
Si	0,6 (0,4 – 1,0)	0,3 (0,1 – 0,6) *
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	2,4 (1,5 – 4,1) *	4,2 (2,0 – 8,8) *

TABLA 25. Variables asociadas al diagnóstico médico principal “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, * = Resultados estadísticamente significativos).

Además, cabe destacar que ser hombre supone un menor riesgo de presentar este diagnóstico frente a ser mujer (OR: 0,2 e IC 95%: 0,1 – 0,5) y que, como observamos en la tabla, que los padres de los menores estén divorciados o separados, también supone un menor riesgo (OR: 0,5 e IC 95%: 0,2 – 0,9).

Por otro lado, éste es el segundo diagnóstico médico principal más frecuente de los menores ingresados en la Unidad durante el periodo del estudio, podemos ver, en el **Gráfico 2**, las variables dicotómicas asociadas al diagnóstico médico principal: “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”. Tras haber realizado un análisis de regresión logística ajustado por: Sexo, Edad, Procedencia, Tiempo de ingreso, Antecedentes orgánicos personales, Antecedentes psiquiátricos personales, Antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado, Convivencia, Divorcio/Separación, Muerte de algún parente, Tabaco y Alcohol.

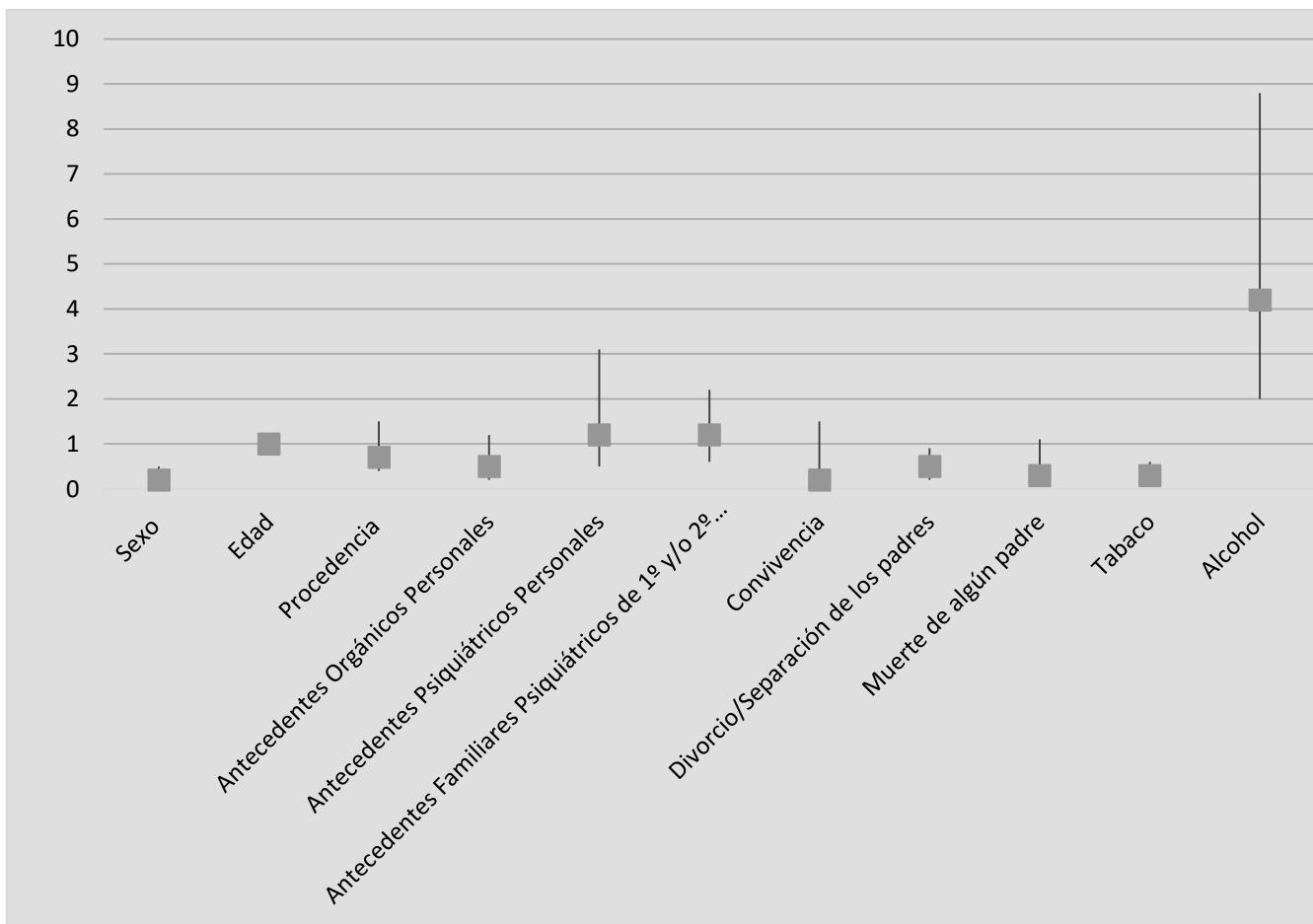


Gráfico 2. Variables dicotómicas asociadas al diagnóstico médico principal “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico.

- **F60-69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto:**

En la **Tabla 26**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: "F60-69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto". Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	0,6 (0,3 – 1,5)	1,0 (0,3 – 2,7)
EDAD	1,5 (1,1 – 2,0) *	1,3 (1,0 – 1,9)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	0,3 (0,1 – 1,1)	0,6 (0,2 – 2,2)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	0,4 (0,2 – 0,9) *	0,9 (0,3 – 2,4)
Más de un mes	0,8 (0,2 – 2,6)	2,1 (0,5 – 9,6)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	0,5 (0,2 – 1,5)	0,5 (0,1 – 1,8)
ANTECEDENTES PSIQUEIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	0,6 (0,1 – 0,8) *	0,3 (0,1 – 0,9) *
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,2 (0,1 – 0,7) *	0,2 (0,1 – 0,7) *
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	0,3 (0,1 – 2,3)	0,2 (0,1 – 1,4)
TABACO (Ref: No)		
Si	2,9 (1,3 – 6,3) *	5,4 (1,9 – 14,5) *
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	0,2 (0,0 – 0,6) *	0,1 (0,0 – 0,2) *

TABLA 26. Variables asociadas al diagnóstico médico principal "F60-69: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto" en los menores ingresados en la Unidad de Corte Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

Los menores ingresados en la Unidad que reconocieron fumar tenían 5,4 veces más de riesgo de presentar éste diagnóstico (OR: 5,4 e IC 95%: 1,9 – 14,5). Sin embargo, aquellos que reconocieron consumir alcohol, tanto como aquellos que tenían antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado, tenían un menor riesgo de presentarlo, con OR: 0,1 e IC 95%: 0,0 – 0,2 y OR: 0,3 e IC 95%: 0,1 – 0,9, respectivamente.

También, aquellos menores que sus padres estaban divorciados o separados presentaron menor riesgo (OR: 0,2 e IC 95%: 0,1 – 0,7).

- **F70-79: Retraso mental:**

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	16,9 (3,8 – 75,8) *	15,0 (2,9 – 77,0) *
EDAD	1,0 (0,8 – 1,3)	1,1 (0,8 – 1,5)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	2,6 (0,9 – 7,2)	1,5 (0,4 – 5,9)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	0,8 (0,3 – 2,7)	1,2 (0,3 – 6,1)
Más de un mes	0,5 (0,1 – 4,9)	0,5 (0,0 – 9,6)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	2,9 (1,1 – 8,0) *	0,8 (0,2 – 3,3)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	0,6 (0,1 – 5,0)	0,5 (0,0 – 8,4)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES		
DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	4,3 (1,5 – 12,6) *	3,9 (1,1 – 14,9) *
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	9,7 (3,2 – 29,1) *	16,6 (2,5 – 108,5) *
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	1,6 (0,3 – 7,2)	1,3 (0,2 – 7,7)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,3 (0,1 – 1,3)	0,4 (0,1 – 2,2)
TABACO (Ref: No)		
Si	0,2 (0,1 – 0,9) *	0,2 (0,0 – 1,2)

TABLA 27. Variables asociadas al diagnóstico médico principal "F70-79: Retraso mental" en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, * = Resultados estadísticamente significativos).

En la **Tabla 27**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: "F70-79: Retraso mental". Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Ser hombre supone 15,0 veces más de riesgo de presentar éste diagnóstico que ser mujer (OR: 15,0 e IC 95%: 2,9 – 77,0). Además, aquellos menores ingresados que convivían en un centro de menores tienen 16,6 veces más de riesgo que los que vivían con su familia y también tienen mayor riesgo que aquellos menores que no tenían antecedentes familiares psiquiátricos.

- **F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia:**

En la **Tabla 28**, se pueden observar los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: “F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	2,3 (1,3 – 3,9) *	2,3 (1,1 – 4,7) *
EDAD	0,8 (0,7 – 0,9) *	0,8 (0,6 – 0,9) *
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,3 (0,7 – 2,3)	0,9 (0,4 – 1,8)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	0,9 (0,5 – 1,6)	0,9 (0,4 – 2,1)
Más de un mes	0,2 (0,1 – 0,9) *	0,3 (0,0 – 1,4)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Sí	1,0 (0,5 – 1,9)	0,7 (0,3 – 1,6)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	0,3 (0,1 – 1,1)	0,1 (0,0 – 0,7) *
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES		
DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	2,0 (1,2 – 3,3) *	3,6 (1,8 – 7,2) *
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	2,9 (1,3 – 6,7) *	2,0 (0,6 – 6,0)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Sí	4,2 (2,0 – 8,9) *	7,5 (2,8 – 19,8) *
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Sí	3,1 (1,8 – 5,3) *	4,6 (2,3 – 9,4) *
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Sí	1,9 (0,9 – 4,1)	7,7 (2,5 – 23,8) *
TÓXICOS (Ref: Ninguno)		
Cannabis	3,1 (1,7 – 5,6) *	5,3 (1,6 – 17,8) *
Otros tóxicos	2,3 (0,6 – 9,2)	2,9 (0,5 – 18,1)
TABACO (Ref: No)		
Sí	1,6 (0,9 – 2,7)	0,6 (0,2 – 2,1)
ALCOHOL (Ref: No)		
Sí	1,4 (0,8 – 2,4)	1,1 (0,5 – 2,5)

TABLA 28. Variables asociadas al diagnóstico médico principal “F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

Los individuos de mayor edad tienen un riesgo menor de presentar este diagnóstico, así como, aquellos menores ingresados que tienen antecedentes psiquiátricos personales previos al ingreso (OR: 0,1 e IC 95%: 0,0 – 0,7). Sin embargo, el ser hombre supone tener 2,3 (OR: 2,3 e IC 95%: 1,1 – 4,7) veces más de riesgo que ser mujer.

Además, cabe destacar que ser adoptado supone 7,5 (OR: 7,5 e IC 95%: 2,8 – 19,8) veces más de riesgo de presentar este diagnóstico frente a no serlo, que los padres estén divorciados o separados supone 4,6 (OR: 4,6 e IC 95%: 2,3 – 9,4) veces más de riesgo a que no lo estén, y que algún parente haya fallecido supone 7,7 (OR: 7,7 e IC 95%: 2,5– 23,8) veces más de riesgo frente a que los dos padres vivan.

También, no tener antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y 2º grado tiene 3,6 (OR: 3,6 e IC 95%: 1,8 – 7,2) veces más de riesgo que tenerlos, así como, aquellos menores ingresados que reconocieron consumir cannabis tienen 5,3 (OR: 5,3 e IC 95%: 1,6 – 17,8) veces más de riesgo de presentar este diagnóstico que aquellos que no consumen ningún tóxico.

- **X60-84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente:**

En la **Tabla 29**, como podemos ver, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: “X60-84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente” en los que no se arroja ningún resultado estadísticamente significativo.

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
EDAD	1,5 (0,8 – 2,7)	1,6 (0,8 – 3,1)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,3 (0,2 – 6,7)	1,1 (0,2 – 6,5)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	1,6 (0,2 – 13,6)	1,2 (0,1 – 12,0)
Más de un mes	2,2 (0,1 – 36,1)	2,0 (0,1 – 39,2)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	4,1 (0,8 – 21,8)	4,3 (0,7 – 25,4)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	2,5 (0,5 – 11,2)	2,7 (0,5 – 13,6)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	1,8 (0,2 – 15,5)	2,3 (0,2 – 22,3)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	1,7 (0,4 – 7,4)	2,0 (0,4 – 10,3)
TABACO (Ref: No)		
Si	2,1 (0,5 – 9,4)	1,5 (0,2 – 9,3)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	2,7 (0,6 – 12,4)	2,2 (0,4 – 13,1)

TABLA 29. Variables asociadas al diagnóstico médico principal "X60-84: Lesiones autoinfligidas intencionalmente" en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- **Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales:**

En la **Tabla 30**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: "Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales". Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Los menores ingresados que presentaban previamente antecedentes orgánicos personales tienen 3,0 (OR: 3,0 e IC 95%: 1,1 – 8,0) veces más de riesgo de presentar éste diagnóstico frente aquellos que no tienen antecedentes orgánicos. Además, ser adoptado o que algún parente haya fallecido también supone un mayor riesgo, con OR: 3,5 e IC 95%: 1,1 – 11,3 y OR: 4,6 e IC 95%: 1,3 – 16,2, respectivamente.

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	1,2 (0,5 – 2,8)	0,7 (0,2 – 1,9)
EDAD	0,9 (0,8 – 1,1)	0,8 (0,7 – 1,0)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,8 (0,7 – 4,3)	1,9 (0,7 – 4,9)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	2,9 (1,2 – 7,0) *	3,0 (1,1 – 8,0) *
ANTECEDENTES PSIQUEIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	1,5 (0,4 – 5,3)	1,8 (0,4 – 7,4)
ANTEDENTES PSIQUEIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	10,0 (0,4 – 2,3)	0,9 (0,3 – 2,4)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	0,6 (0,1 – 4,4)	0,6 (0,1 – 5,1)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	3,3 (1,2 – 9,7) *	3,5 (1,1 – 11,3) *
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,6 (0,2 – 1,6)	0,7 (0,2 – 2,3)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	2,9 (1,0 – 8,3)	4,6 (1,3 – 16,2) *
TABACO (Ref: No)		
Si	0,7 (0,3 – 1,6)	0,7 (0,2 – 2,5)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	0,9 (0,3 – 2,2)	1,4 (0,4 – 5,2)

TABLA 30. Variables asociadas al diagnóstico médico principal “Z55-65: Personas con riesgos potenciales para su salud r/c circunstancias socioeconómicas y psicosociales” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- Otros trastornos psiquiátricos:

En la **Tabla 31**, como podemos ver, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos médicos principales agrupados en: “Otros trastornos psiquiátricos” en los que no se arroja ningún resultado estadísticamente significativo.

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
EDAD	0,9 (0,5 – 1,5)	0,9 (0,5 – 1,5)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	3,2 (0,2 – 51,5)	3,0 (0,2 – 49,0)
ANTEDENTES PSIQUEIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	1,8 (0,1 – 29,4)	1,7 (0,1 – 28,0)

TABLA 31. Variables asociadas al diagnóstico médico principal “Otros trastornos psiquiátricos” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE VARIABLES ASOCIADAS A LOS DIFERENTES DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS PRINCIPALES:

- Dominio de salud 1: Promoción de la salud:

En la **Tabla 32**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 1: Promoción de la salud”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Ser hombre supone un menor riesgo de presentar un diagnóstico enfermero dentro del Dominio de salud 1(OR: 0,6 e IC 95%: 0,3 – 0,9).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	0,5 (0,3 – 0,8) *	0,6 (0,3 – 0,9) *
EDAD	1,2 (1,1 – 1,3) *	1,1 (0,9 – 1,2)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	0,8 (0,5 – 1,4)	1,0 (0,6 – 1,6)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	0,6 (0,4 – 1,0)	0,9 (0,5 – 1,6)
Más de un mes	0,5 (0,2 – 1,1)	0,8 (0,3 – 1,9)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	0,5 (0,3 – 0,9) *	0,6 (0,3 – 0,9) *
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	0,5 (0,3 – 1,1)	0,5 (0,2 – 1,1)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	1,1 (0,7 – 1,6)	1,5 (0,9 – 2,4)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	1,6 (0,7 – 3,7)	0,8 (0,3 – 2,2)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	1,1 (0,5 – 2,3)	1,1 (0,5 – 2,5)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,9 (0,6 – 1,4)	0,7 (0,4 – 1,2)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	1,4 (0,7 – 2,8)	1,2 (0,5 – 2,5)
TÓXICOS (Ref: Ninguno)		
Cannabis	4,2 (2,4 – 7,3) *	3,9 (1,8 – 8,4) *
Otros tóxicos	6,8 (1,4 – 32,1) *	10,1 (1,7 – 60,1) *
TABACO (Ref: No)		
Si	2,5 (1,6 – 3,9) *	1,7 (0,9 – 3,3)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	1,0 (0,6 – 1,5)	0,3 (0,2 – 0,6) *

TABLA 32. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 1: Promoción de la salud” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, * = Resultados estadísticamente significativos).

Además, aquellos menores ingresados con antecedentes orgánicos personales tienen menor riesgo de presentar estos diagnósticos (OR: 0,6 e IC 95%: 0,3 – 0,9).

Sin embargo, consumir cannabis u otros tóxicos, respecto no consumir ningún tóxico, tiene mayor riesgo de presentar el menor estos diagnósticos, con una OR: 3,9 e IC 95%: 1,8 – 8,4) y una OR: 10,1 e IC 95%: 1,7 – 60,1, respectivamente.

Por otro lado, como éste es el diagnóstico enfermero principal más frecuente de los menores ingresados en la Unidad durante el periodo del estudio, podemos ver, en el **Gráfico 3**, las variables dicotómicas asociadas a los diagnósticos enfermeros principales agrupados en el “Dominio de salud 1: Promoción de la salud”. Tras haber realizado un análisis de regresión logística ajustado por: Sexo, Edad, Procedencia, Tiempo de ingreso, Antecedentes orgánicos personales, Antecedentes psiquiátricos personales, Antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado, Convivencia, Adopción, Divorcio/Separación, Muerte de algún parente, Tóxicos, Tabaco y Alcohol.

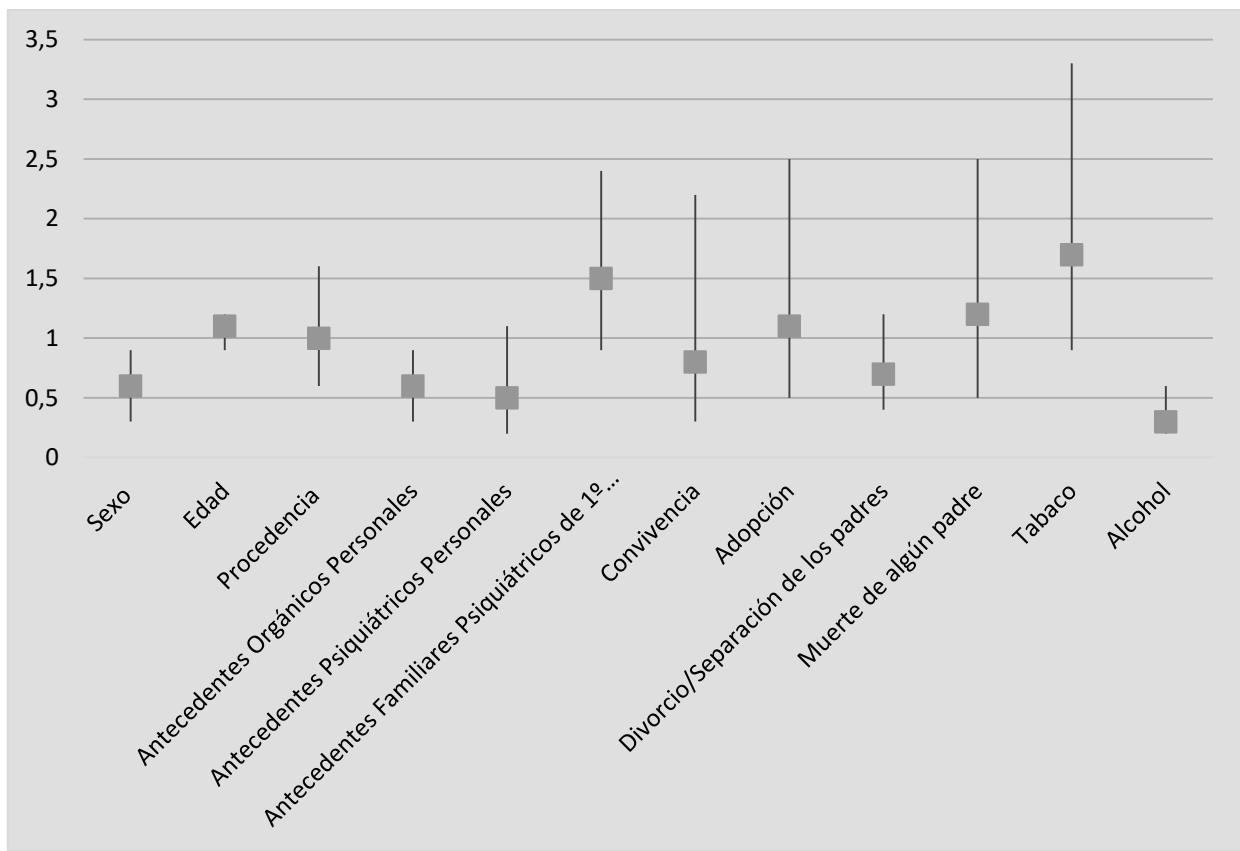


Gráfico 3. Variables dicotómicas asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 1: Promoción de la salud” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico.

- Dominio de salud 2: Nutrición:

En la **Tabla 33**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 1: Nutrición”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Ser hombre supone un menor riesgo de presentar un diagnóstico enfermero dentro del Dominio de salud 2 (OR: 0,2 e IC 95%: 0,1 – 0,6), así como, no tener antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado (OR: 0,3 e IC 95%: 0,1 – 0,7).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	0,5 (0,2 – 1,0)	0,2 (0,1 – 0,6) *
EDAD	0,9 (0,8 – 1,0)	0,9 (0,7 – 1,0)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,1 (0,6 – 2,2)	1,2 (0,5 – 2,7)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	1,3 (0,6 – 3,0)	1,2 (0,5 – 3,1)
Más de un mes	2,9 (1,1 – 8,2) *	2,7 (0,8 – 8,7)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	1,1 (0,6 – 2,3)	0,9 (0,4 – 2,1)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	3,0 (1,3 – 6,7) *	3,1 (1,2 – 8,3) *
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES		
DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	0,7 (0,3 – 1,3)	0,3 (0,1 – 0,7) *
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	0,8 (0,2 – 2,8)	3,0 (0,6 – 15,0)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	1,6 (0,6 – 4,0)	2,1 (0,7 – 6,3)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,6 (0,3 – 1,2)	0,5 (0,2 – 1,2)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	0,4 (0,1 – 1,5)	0,2 (0,1 – 1,1)
TÓXICOS (Ref: Ninguno)		
Cannabis	0,4 (0,2 – 1,0)	2,7 (0,5 – 15,5)
Otros tóxicos	0,6 (0,1 – 4,5)	1,9 (0,1 – 36,6)
TABACO (Ref: No)		
Si	0,3 (0,1 – 0,6) *	0,1 (0,0 – 0,5) *
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	0,6 (0,3 – 1,2)	1,2 (0,5 – 3,0)

TABLA 33. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 2: Nutrición” en los menores ingresados en la Unidad de Corte Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95%: Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

Sin embargo, no tener antecedentes psiquiátricos personales, frente a tenerlos, supone 3,1 (OR: 3,1 e IC 95%: 1,2 – 8,3) veces más de riesgo de presentar estos diagnósticos enfermeros.

Por otro lado, como éste es el diagnóstico enfermero principal más frecuente de los menores ingresados en la Unidad durante el periodo del estudio, podemos ver, en el **Gráfico 4**, las variables dicotómicas asociadas a los diagnósticos enfermeros principales agrupados en el “Dominio de salud 2: Nutrición”. Tras haber realizado un análisis de regresión logística ajustado por: Sexo, Edad, Procedencia, Tiempo de ingreso, Antecedentes orgánicos personales, Antecedentes psiquiátricos personales, Antecedentes psiquiátricos

en familiares de 1º y/o 2º grado, Convivencia, Adopción, Divorcio/Separación, Muerte de algún parente, Tóxicos, Tabaco y Alcohol.

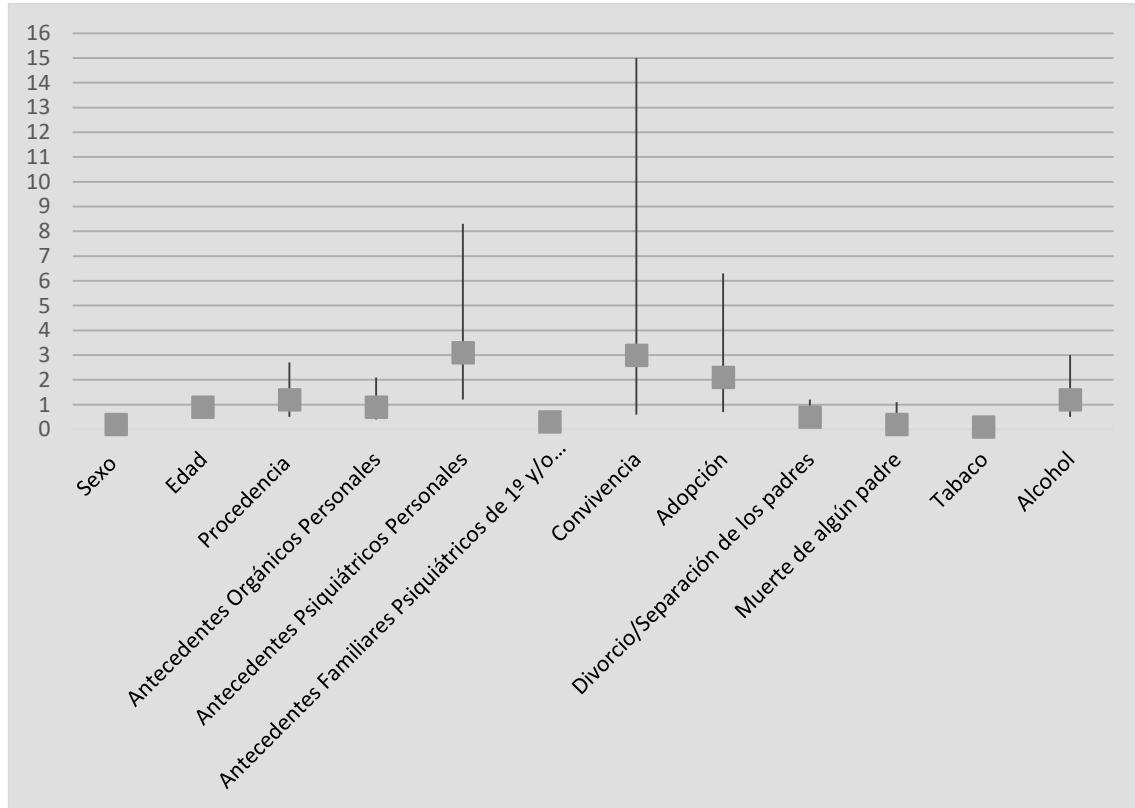


Gráfico 4. Variables dicotómicas asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 2: Nutrición” en los menores ingresados en la Unidad de Corte Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico

- Dominio de salud 4: Actividad/Reposo:

En la **Tabla 34**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 4: Actividad/Reposo”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Que los menores que reconocieron consumir alcohol regularmente tienen 2,9 veces más de riesgo de presentarlo que los que no (OR: 2,9 e IC 95%: 1,1 – 7,5).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	1,1 (0,5 – 2,4)	1,1 (0,4 – 2,7)
EDAD	1,0 (0,8 – 1,2)	1,0 (0,8 – 1,2)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	0,3 (0,1 – 1,1)	0,3 (0,1 – 1,2)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	1,0 (0,4 – 2,4)	0,8 (0,3 – 2,2)
Más de un mes	0,3 (0,0 – 2,4)	0,2 (0,0 – 1,9)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	1,1 (0,4 – 2,6)	1,2 (0,4 – 3,1)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	0,7 (0,2 – 3,0)	0,6 (0,1 – 3,0)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES		
DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	1,1 (0,5 – 2,3)	0,9 (0,4 – 2,1)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	0,3 (0,0 – 2,7)	0,4 (0,1 – 3,0)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,8 (0,3 – 1,8)	0,8 (0,3 – 2,0)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	0,3 (0,0 – 2,3)	0,3 (0,0 – 2,2)
TABACO (Ref: No)		
Si	0,5 (0,2 – 1,2)	0,3 (0,1 – 0,9) *
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	1,6 (0,7 – 3,4)	2,9 (1,1 – 7,5) *

TABLA 34. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 4: Actividad/Reposo” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- Dominio de salud 5: Percepción/Cognición:

En la **Tabla 35**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 5: Percepción/Cognición”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Ser hombre supone 3,7 veces más de riesgo de presentar estos diagnósticos enfermeros que ser mujer (OR: 3,7 e IC 95%: 1,2 – 11,6). Así mismo, tener antecedentes orgánicos personales supone 3,6 veces más de riesgo que no tenerlos, para presentar este diagnóstico (OR: 3,6 e IC 95%: 1,2 – 11,0).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	5,1 (1,9 – 13,8) *	3,7 (1,2 – 11,6) *
EDAD	0,9 (0,8 – 1,1)	1,1 (0,8 – 1,4)
PROCEDECENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,9 (0,7 – 5,0)	1,7 (0,6 – 5,3)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	0,5 (0,2 – 1,5)	0,4 (0,1 – 1,4)
Más de un mes	0,7 (0,1 – 3,7)	0,5 (0,1 – 3,0)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	5,4 (2,1 – 14,0) *	3,6 (1,2 – 11,0) *
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	0,5 (0,1 – 4,1)	0,5 (0,1 – 5,3)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	2,6 (1,1 – 6,7) *	2,3 (0,8 – 6,7)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	3,9 (1,2 – 12,6) *	2,4 (0,5 – 12,1)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	1,0 (0,4 – 2,7)	2,0 (0,6 – 6,2)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	0,5 (0,1 – 3,9)	1,0 (0,1 – 9,0)
TABACO (Ref: No)		
Si	0,3 (0,1 – 0,9) *	0,4 (0,1 – 1,8)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	0,4 (0,1 – 1,3)	1,0 (0,2 – 4,7)

TABLA 35. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 5: Percepción/Cognición” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- Dominio de salud 6: Autopercepción:

En la **Tabla 36**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 6: Autopercepción”. El único resultado estadísticamente significativo es que el ser hombre supone 5,1 (OR: 5,1 e IC 95%: 1,2 – 21,8) veces más de riesgo de padecer estos diagnósticos que ser mujer.

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	3,9 (1,1 – 13,7) *	5,1 (1,2 – 21,8) *
EDAD	1,1 (0,8 – 1,4)	1,2 (0,9 – 1,7)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,2 (0,3 – 4,6)	1,0 (0,2 – 4,1)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Sí	1,3 (0,3 – 5,1)	1,7 (0,4 – 7,5)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	2,2 (0,5 – 10,8)	4,0 (0,7 – 23,5)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	0,2 (0,0 – 1,4)	0,2 (0,1 – 1,4)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Sí	1,9 (0,6 – 6,2)	3,7 (0,8 – 16,7)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Sí	3,8 (1,0 – 14,9)	5,0 (0,9 – 27,4)
TABACO (Ref: No)		
Sí	0,6 (0,1 – 2,2)	0,7 (0,1 – 3,9)
ALCOHOL (Ref: No)		
Sí	0,7 (0,2 – 2,9)	0,6 (0,1 – 3,7)

TABLA 36. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 6: Autopercepción” en los menores ingresados en la Unidad de Corte Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- Dominio de salud 7: Rol/Relaciones:

En la **Tabla 37**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 7: Rol/Relaciones”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son que ser hombre supone 6,1 (OR: 6,1 e IC 95%: 1,8 – 21,0) veces más de riesgo de presentar estos diagnósticos que ser mujer.

Además, ser adoptado tiene un riesgo de presentar estos diagnósticos 4,9 (OR: 4,9 e IC 95%: 1,3 – 18,0) veces mayor y que los padres de los menores ingresados estén divorciados o separados tiene 5,1 (OR: 5,1 e IC 95%: 1,7 – 15,2) veces más de riesgo que si los padres estuvieran juntos. También, destacar que a mayor edad menor riesgo de tener este diagnóstico (OR: 0,8 e IC 95%: 0,6 – 0,9).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	6,0 (2,3 – 15,9) *	6,1 (1,8 – 21,0) *
EDAD	0,8 (0,7 – 0,9) *	0,8 (0,6 – 0,9) *
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,3 (0,5 – 3,4)	1,0 (0,3 – 3,2)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	2,8 (0,6 – 12,2)	2,4 (0,4 – 13,6)
Más de un mes	2,2 (0,3 – 16,5)	3,2 (0,3 – 32,1)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Sí	1,4 (0,5 – 3,8)	0,7 (0,2 – 2,6)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	1,0 (0,2 – 4,6)	0,7 (0,1 – 4,4)
ANTEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	1,7 (0,7 – 4,1)	2,8 (1,0 – 8,1)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	1,4 (0,3 – 6,3)	1,7 (0,3 – 11,3)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Sí	3,8 (1,3 – 11,1) *	4,9 (1,3 – 18,0) *
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Sí	3,9 (1,6 – 9,6) *	5,1 (1,7 – 15,2) *
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Sí	1,0 (0,2 – 4,4)	4,9 (0,8 – 29,2)
TÓXICOS (Ref: Ninguno)		
Cannabis	0,7 (0,2 – 2,3)	0,9 (0,1 – 6,8)
Otros tóxicos	1,6 (0,2 – 13,2)	2,1 (0,1 – 36,7)
TABACO (Ref: No)		
Sí	0,6 (0,2 – 1,6)	1,3 (0,2 – 7,4)
ALCOHOL (Ref: No)		
Sí	0,6 (0,2 – 1,7)	1,1 (0,2 – 5,1)

TABLA 37. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 7: Rol/Relaciones” en los menores ingresados en la Unidad de Corte Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- Dominio de salud 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés:

En la **Tabla 38**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés” en los que no se arroja ningún resultado estadísticamente significativo.

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	0,5 (0,2 – 1,3)	0,5 (0,2 – 1,6)
EDAD	1,1 (0,9 – 1,3)	1,0 (0,8 – 1,2)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,2 (0,5 – 2,9)	1,2 (0,5 – 3,2)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	1,3 (0,4 – 4,1)	1,4 (0,4 – 4,5)
Más de un mes	3,0 (0,7 – 11,8)	2,9 (0,7 – 12,4)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	0,6 (0,2 – 1,9)	0,7 (0,2 – 2,3)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	0,8 (0,2 – 3,5)	0,6 (0,1 – 3,0)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	1,4 (0,6 – 3,1)	1,5 (0,6 – 23,5)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	0,9 (0,2 – 3,9)	1,3 (0,3 – 6,2)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	1,2 (0,5 – 2,7)	1,4 (0,5 – 3,4)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	2,4 (0,9 – 6,9)	3,0 (0,9 – 9,7)
TABACO (Ref: No)		
Si	1,0 (0,4 – 2,2)	0,6 (0,2 – 1,8)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	1,8 (0,8 – 4,0)	1,9 (0,7 – 5,3)

TABLA 38. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés” en los menores ingresados en la Unidad de Corte Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, * = Resultados estadísticamente significativos).

- Dominio de salud 10: Principios vitales:

En la **Tabla 39**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 10: Principios vitales”. Los resultados obtenidos estadísticamente significativos son:

Los menores ingresados que no tienen antecedentes psiquiátricos en familiares de 1º y/o 2º grado tienen menor riesgo de presentar estos diagnósticos que los que sí que los tienen (OR: 0,2 e IC 95%: 0,0 – 0,8). Sin embargo, aquellos pacientes que reconocieron consumir alcohol tienen 6,7 (OR: 6,7 e IC 95%: 1,8 – 24,9) veces más de riesgo de presentar estos diagnósticos que los que no.

		OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)			
Hombre		1,0 (0,4 – 2,7)	1,4 (0,5 – 4,2)
EDAD		1,1 (0,8 – 1,3)	1,0 (0,7 – 1,3)
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)			
Rural		0,8 (0,3 – 2,6)	1,0 (0,3 – 3,2)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)			
Entre una semana y un mes		0,7 (0,3 – 2,1)	0,7 (0,2 – 12,4)
Más de un mes		0,9 (0,2 – 4,6)	1,2 (0,2 – 7,0)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)			
Sí		0,9 (0,3 – 2,9)	2,0 (0,5 – 8,1)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES			
DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)			
No		0,2 (0,0 – 0,9) *	0,2 (0,0 – 0,8) *
CONVIVENCIA (Ref: Familia)			
Centro de menores		0,7 (0,1 – 5,5)	0,4 (0,0 – 4,2)
ADOPCIÓN (Ref: No)			
Sí		0,6 (0,1 – 4,5)	0,4 (0,0 – 24,3)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)			
Sí		0,8 (0,3 – 2,2)	0,5 (0,1 – 1,6)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)			
Sí		0,5 (0,1 – 3,9)	0,2 (0,0 – 2,1)
TABACO (Ref: No)			
Sí		2,8 (1,1 – 7,2) *	1,5 (0,4 – 5,2)
ALCOHOL (Ref: No)			
Sí		4,7 (1,7 – 12,7) *	6,7 (1,8 – 24,9) *

TABLA 39. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 10: Principios vitales” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- Dominio de salud 11: Seguridad/Protección:

En la **Tabla 40**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 11: Seguridad/Protección”. El único resultado estadísticamente significativo es que a mayor edad, mayor riesgo de presentar estos diagnósticos enfermeros (OR: 1,6 e IC 95%: 1,1 – 2,4).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	1,7 (0,6 – 4,7)	2,2 (0,7 – 6,7)
EDAD	1,4 (1,0 – 2,0)	1,6 (1,1 – 2,4) *
PROCEDENCIA (Ref: Urbano)		
Rural	2,0 (0,7 – 5,6)	2,1 (0,7 – 6,3)
TIEMPO DE INGRESO (Ref: Menos de una semana)		
Entre una semana y un mes	2,1 (0,5 – 9,4)	1,6 (0,3 – 8,1)
Más de un mes	1,1 (0,1 – 12,3)	0,7 (0,1 – 8,7)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	1,6 (0,6 – 4,9)	2,3 (0,7 – 7,7)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	2,4 (0,6 – 8,7)	3,1 (0,7 – 12,7)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES		
DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	0,8 (0,3 – 2,4)	0,7 (0,2 – 2,1)
CONVIVENCIA (Ref: Familia)		
Centro de menores	0,9 (0,1 – 6,7)	0,6 (0,1 – 5,2)
ADOPCIÓN (Ref: No)		
Si	0,7 (0,1 – 5,5)	0,4 (0,1 – 3,5)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	1,3 (0,5 – 3,7)	1,5 (0,5 – 4,8)
MUERTE DE ALGÚN PADRE (Ref: No)		
Si	0,6 (0,1 – 4,8)	0,4 (0,1 – 3,8)
TABACO (Ref: No)		
Si	1,2 (0,4 – 3,3)	1,3 (0,4 – 4,5)
ALCOHOL (Ref: No)		
Si	0,9 (0,3 – 2,7)	0,8 (0,2 – 2,8)

TABLA 40. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 11: Seguridad/Protección” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95%= Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

- Dominio de salud 13: Crecimiento/Desarrollo:

En la **Tabla 41**, se encuentran los resultados del análisis de regresión logística crudo y ajustado de la asociación de las variables estudiadas con los diagnósticos enfermeros principales pertenecientes al “Dominio de salud 13: Crecimiento/Desarrollo”. El único resultado estadísticamente significativo es que a mayor edad, menor riesgo de presentar estos diagnósticos enfermeros (OR: 0,6 e IC 95%: 0,4 – 0,9).

	OR crudas (IC 95%)	OR ajustadas (IC 95%)
SEXO (Ref: Mujer)		
Hombre	6,6 (0,7 – 64,1)	7,8 (0,3 – 193,346)
EDAD	0,7 (0,5 – 0,8) *	0,6 (0,4 – 0,9) *
PROCEDECIA (Ref: Urbano)		
Rural	1,1 (0,1 – 10,3)	1,1 (0,1 – 13,8)
ANTECEDENTES ORGÁNICOS PERSONALES (Ref: No)		
Si	1,2 (0,1 – 11,4)	0,4 (0,1 – 6,3)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES (Ref: Si)		
No	3,3 (0,3 – 32,6)	2,0 (0,1 – 75,9)
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN FAMILIARES DE 1º y/o 2º GRADO (Ref: Si)		
No	5,6 (0,5 – 54,0)	12,7 (0,7 – 217,2)
DIVORCIO/SEPARACIÓN DE LOS PADRES (Ref: No)		
Si	0,7 (0,1 – 7,0)	0,2 (0,0 – 7,0)

TABLA 41. Variables asociadas al diagnóstico enfermero principal perteneciente al “Dominio de salud 13: Crecimiento/Desarrollo” en los menores ingresados en la Unidad de Corta Estancia Infanto-Juvenil del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. (Ref= Categoría de referencia, OR= Odds Ratio, IC 95% = Intervalo de confianza del 95%, *= Resultados estadísticamente significativos).

DISCUSIÓN

Al revisar la bibliografía encontrada en la búsqueda bibliográfica inicial de nuestro estudio, nos hemos dado cuenta de la escasa literatura científica sobre los trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia que hay en la actualidad y la inexistente bibliografía científica en la que se trabaje, desde salud mental infanto-juvenil, con los diagnósticos enfermeros (NANDA).

Nuestros resultados reportan que nuestra muestra tiene una mediana de edad de 15 años con un predominio del género femenino frente al masculino y, además, en la mayoría de los pacientes este ingreso hospitalario supuso su primera hospitalización psiquiátrica, siendo la mediana de días de estancia en la Unidad de 11. Estos datos coinciden prácticamente con los de Pacheco B et al., aunque, en su estudio, la distribución de los trastornos psiquiátricos fue distinta a la nuestra, ya que nuestros trastornos más frecuentes fueron de ansiedad y de la conducta alimentaria, y los más frecuentes en su trabajo fueron los trastornos emocionales.³⁸

Cabe destacar, por un lado, que en nuestro estudio encontramos una mayor frecuencia de los diferentes trastornos psiquiátricos en el grupo de la adolescencia, resultados que coinciden con el trabajo realizado por Sabina B et al. en pacientes hospitalizados en un servicio de psiquiatría infantil y juvenil en Cienfuegos. Aunque la frecuencia de los trastornos no es comparable a nuestros resultados, puesto que los rangos en los que se divide la edad de sus pacientes difiere de los nuestros. Además, también coinciden, con nuestro estudio, en que predominaron períodos de ingresos medios y cortos, teniendo una media de días muy similar a la nuestra.²²

Respecto a la adopción de los menores, mencionar que nuestros resultados coinciden con los de Fernández A et al., los cuales no encuentran diferencias estadísticamente significativas en la distribución por sexo. Sin embargo, nosotros tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en la distribución por edad y ellos, sí.²³

En cuanto al estilo de vida de los menores, el consumo de alcohol en nuestro estudio coincide con los reportados en el Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008, en el cual el 37% de éstos reconocía consumir alcohol de forma regular. Sin embargo, nuestros resultados arrojan un porcentaje muy superior del consumo de Cannabis en los adolescentes, respecto al arrojado por este Informe, un 21,8% frente a un 7%. Aunque debemos tener en cuenta que los datos reportados por el Informe del Ministerio hace referencia a población general y nosotros trabajamos con menores ingresados en una Unidad específica de salud mental.⁶

En relación con nuestro trabajo, también es importante destacar que Vicente B et al. trajeron de sus resultados que ser mujer, tener antecedentes psiquiátricos familiares y no convivir con la familia, se asociaba con un mayor riesgo de presentar patología psiquiátrica.²⁹

Nuestros resultados coinciden, además, con la elevada frecuencia observada de los trastornos de la conducta alimentaria, especialmente en el sexo femenino, y de trastornos de conducta que menciona este mismo Informe y los datos reportados por Ballester R et al. y Navarro E et al. sin embargo, en nuestro estudio, no existe un mayor porcentaje de hombres frente a mujeres en los trastornos de la conducta, observándose cifras muy similares.^{6,8,11}

En cuanto al estudio de De la Barra F et al., encontramos varias similitudes con los datos arrojados por nuestro estudio, ya que ellos también encontraron una asociación entre ser mujer y tener mayor riesgo de trastornos ansiosos, así como, que los adolescentes tenían menor riesgo de presentar trastornos conductuales y que tener antecedentes psiquiátricos en familiares aumentaba el riesgo de presentar algún trastorno de ansiedad.²⁰

Por otro lado, respecto a lo reportado por Ballester R et al. y la "Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans" de la OMS, nuestros resultados se asemejan en que los

diagnósticos relacionados con el consumo de tóxicos aparecen en edades superiores (coincidiendo también con los resultados arrojados por Espín JC et al.) y, además, coinciden en que los trastornos de conducta alimentaria aumentan su frecuencia con la edad. Así mismo, con el documento publicado por la OMS, nuestros resultados se asemejan respecto a que la aparición de trastornos mentales psicóticos se observan a mayor edad.^{8,9,11,17}

Según los resultados reportados por Navarro E et al., nuestros datos son similares, aunque, en su trabajo, los diagnósticos más frecuentes son los trastornos de la conducta seguidos de los trastornos de ansiedad, y en nuestro trabajo, los diagnósticos más frecuentes son los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos de la conducta alimentaria, quizá por nuestro elevado porcentaje de población femenina, teniendo siempre en cuenta que nosotros contamos con una población específica y no con población general. Además, nuestros datos arrojan resultados contrarios respecto a la no diferencia de frecuencias de los trastornos de conducta en función de la edad, ya que nosotros hemos encontrado un aumento importante de la frecuencia de estos trastornos en la adolescencia.¹¹

Finalmente, mencionar que el estudio de Alday J et al. llevado a cabo en menores de 18 años que consultaron por primera vez en Centros de salud mental de Madrid, un porcentaje importante de pacientes tenía algún familiar de 1º grado que ya había tenido contacto con atención especializada de salud mental, coincidiendo esto con nuestros datos. Aunque, en este caso, se trata de un abordaje ambulatorio y no hospitalario.¹⁶

LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio es que la información con la que se creó nuestra base de datos fue recogida de forma retrospectiva de las historias clínicas (electrónicas y en papel) de los pacientes, por lo que, tenemos que confiar en que los datos en ellas recogidos sean verídicos, así como, que no haya habido sesgos a la hora de registrar la información.

Otra principal limitación que encontramos, es el tamaño de la muestra, ya que solamente contamos con 375 pacientes, dificultando la generalización de resultados en una muestra que no fuese homogénea a la de nuestro estudio.

Por otro lado, otra de las limitaciones del estudio es que, al ser la muestra pequeña, no se ha podido comprobar la significación estadística de los diagnósticos médicos y enfermeros al estratificar por edad.

Además, nuestro tamaño muestral hubiese sido menor si no hubiésemos contabilizado cada ingreso, tras haber recibido estos un alta definitiva en la Unidad, como si se tratase de un paciente distinto, ya que en cada ingreso las variables estudiadas diferían pudiendo influir, por tanto, en los resultados.

Finalmente, destacar que otra limitación importante es la escasa bibliografía específica sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en menores de edad tanto en España, como a nivel global, encontrando pocos estudios existentes que permitan comparar nuestros resultados. Así mismo, no se han encontrado artículos que utilicen los diagnósticos enfermeros dentro de la salud mental infanto-juvenil suponiendo esto también un problema para la comparación de resultados.

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Los resultados obtenidos en nuestro estudio podrían compararse con los resultados que se arrojarían si se volviese a llevar a cabo durante los próximos años un estudio de prevalencia en la misma Unidad y valorar si la prevalencia habría cambiado o se habría visto influencia por algún factor específico.

Además, estos resultados también podrían servir para poder planificar programas de promoción y prevención de la salud mental, en la infancia y la adolescencia, así como, servir de planificación y gestión de recursos específicos para éstos, ya que esta Unidad, al atender a nivel suprasectorial,

recoge datos de menores de las tres provincias de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Por otro lado, sería interesante realizar un análisis epidemiológico también de los servicios de consultas externas o ambulatorios de salud mental infanto-juvenil y poder comparar los resultados con servicios de hospitalización.

Finalmente, mencionar que los datos obtenidos podrían servir como base para futuras investigaciones tanto médicas, como enfermeras (ya que es la primera vez que se utilizan diagnósticos enfermeros en salud mental infanto-juvenil) en el campo de la salud mental de la infancia y adolescencia.

CONCLUSIONES

Los diagnósticos médicos principales (según CIE-10) más frecuentes en la infancia y adolescencia son aquellos agrupados en: “F40-49: Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos” y los agrupados en: “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos”.

Los diagnósticos de enfermería principales (según NANDA 2009-11) más frecuentes son aquellos agrupados en el “Dominio de salud 1: Promoción de la salud” y en el “Dominio de salud 2: Nutrición”.

Los hombres presentan algún trastorno psiquiátrico en edades más tempranas que las mujeres, causando que difieran, por tanto, la prevalencia de los distintos diagnósticos médicos principales según el sexo.

Ser hombre aumenta el riesgo de presentar algún diagnóstico médico principal agrupado en: “F10-19: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas”, así como, también, aumenta el riesgo de presentar uno de estos diagnósticos a mayor edad del paciente.

Ser hombre y tener menor edad en el momento del ingreso aumenta el riesgo de la presencia de un diagnóstico agrupado en: “F90-98: Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia”.

Ser hombre aumenta el riesgo de presentar algún diagnóstico médico principal agrupado en: “F20-29: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”, sin embargo, disminuye el riesgo de presentar algún diagnóstico agrupado en: “F40-49: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”.

Ser mujer y permanecer ingresada más de un mes en una planta de psiquiatría infanto-juvenil aumenta el riesgo de padecer un diagnóstico médico agrupado en: “F50-59: Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos”. Y, así mismo, ser mujer también aumenta el riesgo de padecer un diagnóstico principal de enfermería agrupado dentro del “Dominio de salud 2: Nutrición”.

Una tercera parte de los menores de 18 años ingresados en la Unidad de corta estancia de infanto-juvenil reconoce consumir de forma regular tabaco y alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Posada JA. La salud mental en Colombia. Biomédica. 2013; 22 (4).
- 2) Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC, editors. Salud mental Infanto-juvenil: prioridad de la Humanidad. APAL; 2011.
- 3) Bofill Moscardó I, Fernández Corchero A, Villegas Briz MA, García del Moral A, Hijano Bandera F. Psiquiatría infantil: patología prevalente en atención primaria, abordaje y tratamiento. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010; 12 (Supl 19): 93-106.
- 4) Bones Rocha K, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Escuela Nacional de Salud de España. Psicothema. 2010; 22 (3): 389-395.
- 5) Esteban MM, Puerto ML, Fernández Cordero X, Jiménez García R, Gil de Miguel A, Hernández Barrera V. Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. An Sist Sanit Navar. 2012; 35 (2): 229-240.
- 6) Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- 7) Batistela Vicente J, Harumi Higarashi I, De Carvalho Furtado MC. Mental disorder in childhood: family structure and their social relations. Esc Anna Nery. 2015; 19 (1): 107-114.
- 8) Ballester Arnal R, Legaz Sánchez E, Salmerón Sánchez P, Gil Llario MD. Alteraciones del comportamiento. Prevalencia en las consultas de pediatría de atención primaria. Comunidad Valenciana, 2009. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86: 199-210.
- 9) World Health Organization. Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans. Switzerland; 2005.
- 10) Fajardo Bullón F, León del Barco B, Felipe Castaño E, Ribeiro Dos Santos EJ. Salud mental en el grupo de edad 4-15 años a partir de los resultados de la encuesta nacional de salud 2006. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86 (4): 445-451.

- 11) Navarro-Pardo E, Meléndez Moral JC, Sales Galán A, Sancerni Beitia MD. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 2012; 24 (3): 377-383.
- 12) Jiménez Pascual AM. Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave en niños y adolescentes. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* [Internet]. 2004 [Consultado 2016 Mar 19]; (89): 167-186. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100011&lng=es.
- 13) Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello EJ. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: A prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(9): 892-899.
- 14) Castro-Fornieles J. Psiquiatría del niño y del adolescente: necesidad de formación y desarrollo. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2013; 6 (2): 57-59.
- 15) Artigue J, Tizón JL. Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Aten Primaria*. 2014; 46 (7): 336-356.
- 16) Alday J, Alonso V, Fernández-Calatrava B, García-Baró R, González-Juárez C, Pérez-Pérez E et al. Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de la salud mental a niños y adolescentes. *Gac Sanit*. 2005; 19 (6): 448-455.
- 17) Espín Jaime JC, Beloso Ropero JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2009; 29 (104): 329-354.
- 18) Landa N, Goñi A, García de Jalón E, López-Goñi JJ. Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32 (2): 161-168.
- 19) World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. Switzerland; 2002.
- 20) Flora de la Barra M, Benjamín Vicente P, Sandra Saldivia B, Roberto Melipillán A. Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y

- adolescentes en Chile. Estado actual. Rev Mev Clin Condes. 2012; 23 (5): 521-529.
- 21) Flora de la Barra M. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2009; 47 (4): 303-314.
- 22) Sabina Romeu B, María Sáez Z, Fuentes García ML, Hernández Muñoz NI, Sarmiento García D. Morbilidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría Infantil y Juvenil de Cienfuegos. Medisur. [Internet]. 2010 [Consultado 2016 Mar 19]; 8 (1): 8-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100003&lng=es.
- 23) Fernández Rivas A, Erkoreka L, Vivanco González E, Landa Aqueche M, Sesma Pardo E, Pérez Cabeza L et al. Adopción y alteraciones de conducta en la adolescencia. Estudio en población hospitalaria. An Pediatr (Barc). 2014; 80 (1): 21-27.
- 24) Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Rodríguez-Gázquez MA. Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. Rev Colome Psiquiat. 2015; 44 (2): 115-120.
- 25) Rajmil L, López-Aguilá S, Mompart 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(5): 233-240.
- 26) Gutiérrez Arana I, Montero Lapido A, Rodríguez Pérez EA, Fernández Liria A. Enfermedad psiquiátrica. Medicine. 2015; 11 (85): 5055-5063.
- 27) Ortúño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E, Paino M, Aritio-Solana R. Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. Rev Psiquiatr Salud Mental (Barc). 2014; 7(3): 121-130.
- 28) Jiménez Pascual AM. Coordinación entre dispositivos de educación y salud mental infanto juvenil. Rev Asoc Esp Neuropsiq. [Internet]. 2005 [Consultado 2016 Mar 19]; (96): 129-139. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a08.pdf>

- 29) Benjamín Vicente P, Sandra Saldivia B, Flora de la Barra M, Roberto Melipillán A, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile*. 2012; 140: 447-457.
- 30) Decca GM, Bauducco R, Bella ME. Caracterización epidemiológica de las hospitalizaciones por causas mentales infantojuveniles en Córdoba, 2009-2011. En: *Revista de Salud Pública. Argentina*; 2012.
- 31) Pedreira Massa JL, Blanco Rubio V, Pérez-Chacón MM, Quirós S. Psicopatología en la adolescencia. *Medicine*. 2014; 11 (61): 612-621.
- 32) De Anta L, Alonso V, Octavio I, Quintero J. Trastornos mentales y del comportamiento en la niñez y la adolescencia. *Medicine*. 2015; 11 (86): 5127-5136.
- 33) Cano Prous A. Concepto de enfermedad psiquiátrica. *Medicine*. 2011; 10 (84): 5663-5669.
- 34) Ortiz Villalobos. Alteraciones psiquiátricas en la adolescencia (I). *Medicine*. 2010; 10 (61): 4212-4223.
- 35) Ochando Perales F, Peris Cancio SP. Alteraciones psiquiátricas en la adolescencia (I). *Medicine*. 2010; 10 (61): 4224-4229.
- 36) De Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, Noguer I. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiq biol*. 2016; 23 (2): 67-73.
- 37) Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, Cruz C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes en la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2009; 32 (2): 155-163.
- 38) Pacheco B, Liciana P, Celhay I, Pereira J. Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. *Rev Med Chile*. 2007; 135: 731-758.
- 39) Torio CM, Encinosa W, Berdahl T, McCormick MC, Simpson LA. Annual report on health care for children and youth in the United States: National estimates of cost, utilization and expenditures for children with mental health conditions. *Academic Pediatrics*. 2015; 15 (1): 19-35.

