

# **Desarrollo infantil y adolescente: prevalencia de trastornos psicológicos más frecuentes.**

**nº de referencia: 2004167700**

Dr. Juan Carlos Meléndez-Moral (1)

Dra. Esperanza Navarro-Pardo (1)

(1) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universitat de Valencia, Av. Blasco Ibáñez, 21, Valencia 46010 (España)

## **Resumen**

El desarrollo durante la infancia y la adolescencia sigue unas pautas fundamentalmente marcadas por los hitos evolutivos, lo que dificulta en ocasiones el diagnóstico diferencial entre las entidades psicopatológicas y las dificultades propias de esta franja de edad. Esta peculiaridad, unida a otros problemas estructurales y coyunturales propios de la salud mental y de la investigación con niños y adolescentes en España, hace de la atención primaria pediátrica un espacio apropiado para la evaluación y tratamiento de los trastornos psicológicos de los menores. El presente trabajo es fruto de la colaboración entre los dos servicios de salud (pediatría y salud mental de infancia y adolescencia), y presenta las prevalencias de psicopatologías encontradas en una muestra de 588 sujetos derivados por los pediatras de atención primaria a una unidad de salud mental de infancia y adolescencia, en una comarca del sur de Valencia, durante los años 2005-2008. Los resultados obtenidos son comparables a los encontrados en otros trabajos tanto en el ámbito español como anglosajón, observándose la mayor prevalencia en los trastornos de conducta, seguido de los de ansiedad, TDAH y eliminación. Además, se ha observado una disminución de las patologías no filiadas, pocas oscilaciones en los trastornos de tipo orgánico y un aumento en los que las variables ambientales y contextuales pueden influir.

**KEY WORDS:** Infancia, adolescencia, salud mental, pediatría, prevalencia.

## **1. Introducción**

El desarrollo psicológico infantil y adolescente sigue una pauta marcada principalmente por las influencias normativas relacionadas con la edad (1) de manera que conociendo la edad podemos hacer predicciones razonablemente acertadas acerca de sus procesos de desarrollo. De este modo, su desarrollo, sigue una pauta evolutiva marcada principalmente por determinantes biológicos y ambientales que mantienen una alta correlación con la edad cronológica, y produciéndose más cambios en menos tiempo que en cualquier otra fase del desarrollo humano (2). Conocer estos patrones normativos es importante para poder detectar cualquier alteración y realizar el diagnóstico diferencial para determinar si se trata de alguna entidad patológica o, por el contrario, son adaptaciones a sucesos de la vida ordinaria.

En este sentido, los servicios de atención primaria son un espacio privilegiado para la detección de las posibles patologías, pero en muchos casos ni la formación, ni las posibilidades de tiempo dedicado a los pacientes, ni las relaciones con salud mental facilitan esta tarea (3).

Hemos de tener en cuenta, que en el filtro de la atención primaria se desarrolla un trabajo clave, dado que es donde se atiende a un mayor porcentaje de casos psicosociales, lo que lo convierte en el lugar adecuado para realizar la intervención precoz. De este modo, los pediatras de atención primaria tienen un destacado papel, ya que son el punto de referencia estable y accesible, fuera de la familia, durante los años previos a la escolarización (4).

Según la bibliografía examinada, las cifras de prevalencia sugieren que los pediatras realizan tanto una buena identificación precoz de los problemas de índole mental, como la posterior derivación a los servicios mentales específicos (5). Debemos tener en cuenta (6), que la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 5 y el 15%, existiendo variabilidad en las cifras

de diversos estudios españoles (7, 8) que nos indica cifras del 30,2% o entre el 7 y el 25%.

En relación a pediatría, según un trabajo ya clásico (9), los pediatras son muy específicos pero poco sensibles, ya que se identificaba correctamente al 84% de los niños sanos, pero sólo al 18% de aquellos con problemas de salud mental. En esta misma línea de resultados, algunos autores (10), informan que, del 30% de los niños con problemas mentales que acuden al pediatra sólo el 50% son detectados, o sea un 15%, y de éstos sólo la mitad son derivados a un servicio específico.

Así, en un estudio con muestra de niños, adolescentes y adultos (11), derivados desde atención primaria a salud mental, los pacientes sin diagnóstico suponían un 4,2% del total y los trastornos de inicio en la infancia un 8,5% del total. En esta muestra, aparecían más chicos que chicas en la franja de los cinco a los catorce años y más chicas que chicos en la franja de los quince a los diecinueve años siendo el diagnóstico más frecuente en la infancia y adolescencia con una prevalencia de entre el 5 y 15% eran los trastornos del comportamiento.

En otro trabajo (12) con una muestra de 404 niños y adolescentes, los diagnósticos se distribuían entre los trastornos de conducta, que suponían un 3%, los trastornos del estado de ánimo un 14,6%, los trastornos de ansiedad un 13,3%, los trastornos de desarrollo un 12,7%, los trastornos de la eliminación el 9,7%. Encontrándose además una alta correlación positiva entre el tipo de trastorno y la edad, así como correlación significativa entre el tipo de trastorno y el género: a más edad, menos trastornos de conducta y eliminación (13) y más trastornos del estado de ánimo y de conducta.

Así, los problemas que con más frecuencia se detectan por parte de los pediatras son trastornos adaptativos, alteraciones del aprendizaje, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, alteraciones psicósomáticas, y alteraciones de la conducta. Secundariamente, también aparecen trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos del sueño. Y en ese sentido se han encontrado que los niños con alteraciones psiquiátricas tienen una alta prevalencia de problemas de sueño si se compara con niños controles. De este modo, las alteraciones del sueño (pesadillas, terrores nocturnos,

despertares durante el sueño, hipersomnia o insomnio) se correlacionan con la gravedad de los síntomas psiquiátricos (5).

Por otro lado la creación de los servicios de salud mental de infancia y adolescencia en España se ha caracterizado por un desarrollo rápido y poco estructurado, con un escaso conocimiento de la población de los problemas de esta franja de edad, la insuficiente colaboración entre los servicios de salud mental y atención primaria y otros especialistas, la falta de coordinación entre salud mental de infancia y adolescencia y salud mental de adultos, la escasez de dispositivos de urgencia y de hospitalización niños y adolescentes e, incluso, la falta de impulso político a la investigación clínica (muchos estudios psiquiátricos excluyen a los menores de 18 años) (2).

En otro orden de dificultades, la prevalencia de trastornos en población infantil no es muy conocida por la inexistencia de instrumentos estandarizados que posean significación pronóstica (10), por la existencia de distintos enfoques teóricos que llevan a distintos diagnósticos o tratamientos y por los diferentes criterios taxonómicos, que pueden inducir a confusión. Así, las variaciones en los resultados que ofrecen los diversos estudios, a veces, muy acusadas, se deben más a variaciones en la metodología empleada que a alteraciones reales en la prevalencia de los problemas de salud mental.

Como objetivo de nuestro trabajo, nos planteamos describir la prevalencia de los diferentes trastornos psicopatológicos en la infancia y adolescencia, derivados por pediatría de atención primaria y atendidos en la unidad de salud mental de infancia y adolescencia.

## **2. Material y métodos**

### **2.1. Participantes**

La muestra está compuesta por un total de 588 sujetos que entre 2003 y 2008 fueron derivados por los pediatras de atención primaria de las distintas localidades del Departamento 10 de la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana a la Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia de Catarroja. De éstos, un 62,7% son varones y un 37,3% mujeres. En relación a la edad, los participantes tienen entre 1 y 20 años, siendo la media de 12,91 (12,56 hombres y 13,44 mujeres) y la DT de 4,02. Si bien

actualmente la edad pediátrica en España alcanza hasta los 15 años, es cierto que algunos pacientes, por peculiaridades de su patología, siguen siendo atendidos en estas unidades, de aquí que este grupo se haya mantenido en el estudio.

## **2.2. Procedimiento**

Tal y como se indicaba todos los sujetos que participan en este trabajo proceden de la consulta de la Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia, y fueron atendidos por la misma especialista. De esta manera y en la primera consulta se realizaba una entrevista clínica tanto a los padres como al propio paciente. Además, en el caso de ser necesario, la entrevista era apoyada por los datos obtenidos mediante la aplicación de cuestionarios específicos. A partir de esta información se establecía el diagnóstico clínico según los parámetros del DSM-IV-TR (14) y, en aquellos casos en los que el diagnóstico no estaba claro por falta de información o se superponían diferentes posibilidades, se esperaba a las siguientes visitas para su establecimiento (Diagnóstico aplazado).

Para la categorización de los diagnósticos se realizó una agrupación en función del tipo de patologías derivadas. Se utilizó la tipología señalada en el DSM-IV-TR en cuanto a los trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, eliminando la categoría "trastornos de las habilidades motoras" por no existir ningún caso, y dividiendo uno de los epígrafes en TDAH y trastornos de comportamiento, por su distinta etiología y evolución. Asimismo se han considerado de modo conjunto todos los trastornos de la conducta alimentaria.

Respecto a los trastornos de inicio en la edad adulta, se han suprimido los epígrafes "delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos", "trastornos por consumo de sustancias", "trastornos facticios", "trastornos disociativos", "trastornos sexuales y de la identidad sexual", bien por no existir casos en tratamiento en la unidad, bien por haber sido derivados a otros dispositivos de atención especializada.

Además se han agrupado algunos diagnósticos (problemas de relación familiar, celos, etc.) en el epígrafe Problemas de Relación, y en la categoría Otros se han englobado diagnósticos de magnitudes

residuales como trastornos adaptativos, trastornos facticios, disfunciones sexuales, duelo, síndrome de Munchausen, etc.

### 2.3. Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el programa SPSS 15. Los datos han sido analizados mediante tablas de contingencia.

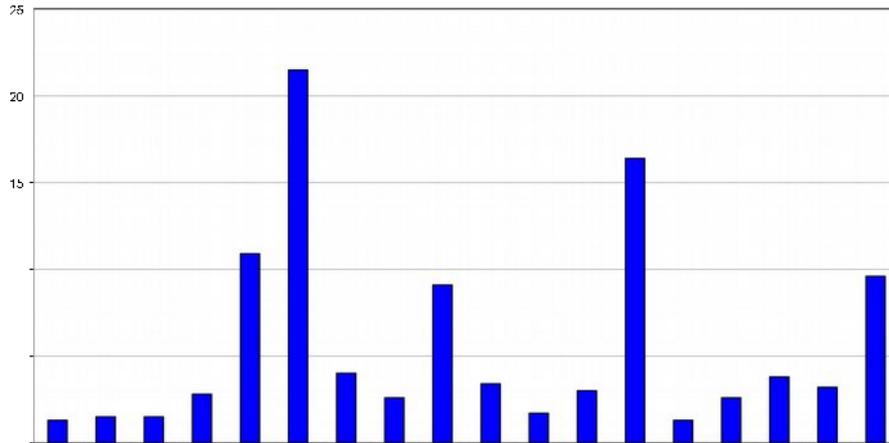
### 3. Resultados

Como primer dato para el análisis de la prevalencia de los trastornos indicar que un 20,1% de las personas que asistieron a la consulta fueron clasificados como Sin diagnóstico psiquiátrico. Por lo que se refiere al 79,9% de los sujetos con diagnóstico, la distribución en las diferentes categorías del DSM-IV-TR, están descritas en la tabla 1 y representadas en la figura 1.

Tabla 1. Prevalencia de trastornos en el Eje 1

	<b>N</b>	<b>Porcentaj e</b>
Retraso Mental	6	1,3
Tr. Aprendizaje	7	1,5
Tr. Comunicación	7	1,5
TGD	13	2,8
TDAH	51	10,9
Tr. Conducta	101	21,5
Tr. Cond. Alimentaria	19	4,0
Tics	12	2,6
Tr. Eliminación	43	9,1
Otros Tr. Infancia	16	3,4
Tr. Psicóticos	8	1,7
Tr. Estado animo	14	3,0
Tr. Ansiedad	77	16,4
Tr. Somatomorfo	6	1,3
Tr. Sueño	12	2,6
Tr. Control impulsos	18	3,8
Problemas relación	15	3,2
Otros	45	9,6
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>100,0</b>

Figura 1. Prevalencia de trastornos en el Eje 1



Tal y como se puede observar en la tabla 1, los trastornos de conducta son los que mayor prevalencia tienen con un 21,5%, seguidos de los trastornos de ansiedad con un 16,4%, los TDAH con un 10,9% y los trastornos de eliminación con un 9,1%. Estas cuatro categorías suponen el 57,9% de los diagnósticos establecidos.

#### 4. Conclusiones

Son conocidas las dificultades inherentes a la investigación en el campo del desarrollo normal y especial en la infancia y adolescencia, y así se recoge en numerosos estudios, que señalan la importancia de la existencia de servicios específicos de atención, y de la coordinación de éstos con la atención primaria de salud. De hecho los trabajos con este tipo de muestra son escasos y recientes, especialmente los estudios longitudinales. Si bien es cierto que esta área presenta condicionantes específicos que han impedido su correcto desarrollo, también se constata que, a pesar de ello, cada vez más son más los estudios publicados en este ámbito.

Los diversos trabajos realizados en nuestro contexto, tanto en unidades específicas de salud mental infanto-juvenil como en unidades de salud mental que atienden a niños y a adultos, señalan la importancia de este tipo de investigaciones no sólo para el progreso de esta rama científica, sino también para mejorar la atención profesional, la asistencia sanitaria y la eficacia de los tratamientos. Particularmente, los estudios con muestras clínicas dan

información sobre la demanda real de la población y permiten la gestión y planificación de las necesidades sanitarias a medio y largo plazo.

En relación con los datos obtenidos en este trabajo se observa que son coherentes con los encontrados por otras investigaciones en nuestro contexto. En este sentido, algunos trabajos (15) indican que los trastornos más diagnosticados son los conductuales (34,7%), seguidos de los de ansiedad (26,7%) y eliminación (11,6%). En esta misma línea, en un trabajo (12) que sigue la clasificación del CIE-10, muestra prevalencia similares a las obtenidas, indicando que son los trastornos de conducta los diagnósticos más frecuentes con un 23%, seguidos de los trastornos depresivos con un 14,6%, los de ansiedad con un 13,3%, los específicos del desarrollo con un 12,7% y los de eliminación con un 9,7%. Además, tal y como indican en cuanto a los trastornos depresivos y de ansiedad, si tomamos en conjunto las dos categorías, dada su alta comorbilidad, existe en torno a un 28 por ciento de sujetos con ese diagnóstico.

También en otros estudios (16) la prevalencia de trastornos psiquiátricos, con una muestra de entre 0 y 17 años, mantiene una distribución similar a la obtenida: 25,4% por ciento de trastornos de ansiedad; 23,7% trastornos de conducta; 13,6% trastornos afectivos; 13,4% trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje; y 10,2% trastornos de eliminación. Por último, en un trabajo (17) con una muestra de 0 a 14 años, se informó de la siguiente prevalencia diagnóstica: 21,5% trastornos de ansiedad, 13,8% trastornos de conducta, 10,8% trastornos específicos del desarrollo y retraso mental, 10% trastornos de eliminación, y 8,5% depresivos. Con relación al TDAH, la prevalencia obtenida en nuestro estudio se encuentra dentro de los límites que se señalan en un trabajo realizado mediante metaanálisis con 39 estudios de diversos países<sup>18</sup> en el que se señala una prevalencia de entre 2,2 y 17,8%.

Tal y como puede observarse a través de los resultados de los diferentes trabajos, existen tres tendencias en la incidencia de los trastornos. Por una parte, ha habido una disminución de las patologías no filiadas (como los retrasos mentales de etiología desconocida) debido a la mejora general de las condiciones sanitarias, a la generalización de los cuidados ginecológicos y

pediátricos y al establecimiento de diagnósticos específicos e intervenciones precoces. En relación a los trastornos con base orgánica se observan pocas oscilaciones en cuanto a incidencia y prevalencia (por ejemplo, los trastornos psicóticos). Por último, en aquellos en los que las variables ambientales y contextuales, como las convenciones sociales y las pautas educativas, podrían mediar como elementos de contención, se observa por el contrario un aumento de incidencia. Tal es el caso de los trastornos de conducta y los de ansiedad.

Estos resultados reafirman la importancia del trabajo de los profesionales de pediatría en la detección precoz de los posibles trastornos mentales y posterior derivación a las unidades de salud mental, con las cuales se hace necesaria, además, una posterior tarea de coordinación para el seguimiento/tratamiento de este tipo de pacientes.

## **5. Bibliografía**

1. Baltes PB. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Dev Psychol* 1998;23:611-626.
2. Rodríguez Hernández PJ, Mahtani Monadas V, Sanz Álvarez E, Cuevas Castresana C, Betancort Montesinos M, Ramírez Santana G. La investigación en psiquiatría infantil. Condicionantes actuales. *Bol Soc Can Pediatr* 2007;31:31-37.
3. Avellanosa I. Salud mental infanto-juvenil en España. *Rev Pediatr Aten Primaria* 1999;1:467-475.
4. Moreno Vela J, Pedreira Massa JL. Interconsulta y enlace entre paidopsiquiatría y atención primaria. 1er Congreso Virtual de Psiquiatría, 2000.
5. Briggs-Gowan MJ, Horwitz SM, Schawab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ. Mental Health in Pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Aca Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:841-849.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.

7. Pedreira JL, Sardinero E. Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en Atención Primaria Pediátrica. Act Luso-españolas Neurol Psiquiat 1996;24:173-190.
8. Alday J, Alonso V, Fernández-Calatrava B, García-Baró R, González-Juárez C, Pérez-Pérez E, Poza A. Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes. Gac Sanit 2005;19:448-55.
9. Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan MK, Burns BJ, Brent D. Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. Pediatrics 1988;82:415-424.
10. Pedreira Massa JL. La evaluación de los trastornos mentales en Atención Primaria. Ponencia presentada al 49 Congreso de la Asociación Española de Pediatría, 2000.
11. Valero L, Ruiz MA. Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. Psiquis 2003;24:11-18.
12. Alaez Fernández M, Martínez Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. Psicothema 2000;12:525-532.
13. Baeyens D, Roeyers H, Walle J, Hoebeke P. Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: a literature review. Eur J Pediatr 2005;164:665-672.
14. American Psychological Associat. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
15. Bragado C, Carrasco I, Sanchez-Bernardos M, Bersabe R, Loriga A, Monsalve T. Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. Clínica y Salud 1995;6:67-82.
16. Castro M, Lago S. Estudio da demanda dos usuarios de saude mental: unidade de saude mental II de Carranza-Ferrol. Cadernos Psicol 1996;20:35-45.

17. Palazón I. Salud mental infantil: Patologías más frecuentes en Atención Primaria. Rev Asoc Esp Neuropsiquiat 1998;18:545-553
- 18 Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention déficit hiperactivity disorder worldwide. Eur J Pediatr 2007;166:117-123.