

## Capítulo 10

# Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes

CARLOS ALMONTE  
RICARDO GARCÍA

La epidemiología se refiere al estudio de la frecuencia y distribución de una enfermedad o trastorno en una población humana y de los factores asociados con las variaciones de dicha frecuencia y distribución. Contribuye al conocimiento de etiologías, curso y tratamiento de los trastornos y a la planificación de salud mental de grupos poblacionales. Uno de los intereses de la epidemiología es averiguar cuáles son los niños de la comunidad que necesitan ayuda por problemas o trastornos emocionales o comportamentales.

Las investigaciones de epidemiología en salud mental pueden referirse a prevalencia "absoluta", cuyo principal objetivo es determinar la frecuencia total de los distintos trastornos psicológicos en una población general, y prevalencia "relativa" o tratada, que investiga los porcentajes de pacientes que consultan por estos mismos tipos de trastornos.

Los objetivos de ambos tipos de estudios pueden resumirse en:

- Determinar la frecuencia y la duración de los trastornos psiquiátricos infantiles en la población general.
- Determinar la asociación de variables demográficas (sexo, edad) con las manifestaciones psicopatológicas infantiles.
- Cuantificar las necesidades de atención psiquiátrica en un determinado territorio, ya sea en los servicios especializados o en los consultorios de atención primaria.
- Diseñar programas de prevención y de atención de las patologías psiquiátricas más frecuentes.
- Conocer los cambios históricos en la frecuencia de los trastornos psiquiátricos infantiles en una determinada región.

*Desde el punto de vista docente.* Permite conocer el porcentaje de las psicopatologías más frecuentes y jerarquizar en la enseñanza académica, los aspectos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos con mayor prevalencia en la población consultante.

Los estudios epidemiológicos se realizan habitualmente a partir de las siguientes categorías: estudios de población bajo control, estudios de población en contacto con los consultorios generales y estudios comunitarios.

Según el objetivo de estudio, la epidemiología puede ser de dos tipos:

*Epidemiología descriptiva.* Se refiere a las prevalencias de los trastornos en poblaciones humanas, ya sea población general, consultantes a servicios de salud, hospitalizados, etc. Se relaciona directamente con estudios y planificación en salud mental.

*Epidemiología analítica.* Trata de comprender la etiología de los trastornos psiquiátricos, generar hipótesis para investigaciones ulteriores y proveer datos básicos a otras investigaciones. (Por ej. el retraso del lenguaje a los 3 años es predictor de problemas de conducta en los próximos 5 años).

La estructura de la morbilidad psiquiátrica se refiere a la ordenación de las prevalencias de los distintos diagnósticos psiquiátricos realizados en una población específica, durante un período de tiempo determinado: estudio transversal de la prevalencia. Por otro lado, el estudio longitudinal de la prevalencia permite conocer los cambios que experimentan estos trastornos en el curso del tiempo, pudiendo precisar así los factores de riesgo.

**Muestreo.** El ideal es el estudio en muestras de la comunidad, que puede cubrir todo el espectro de trastornos, incluyendo a los individuos que no reciben tratamiento. El problema es el estudio de cuadros raros que necesitan una gran muestra para ser detectados. Las muestras clínicas pueden estar sesgadas en lo que se refiere a las características de los individuos implicados y a los factores que llevan a buscar ayuda o a ponerse en contacto con los servicios de salud. Este tipo de estudios se utiliza en epidemiología operativa para la mejor planificación de los recursos de salud.

Los estudios en salud mental infantojuvenil deben basarse en la información procedente de diversos informantes: clínicos, padres, profesores, el propio niño, etc., recogiendo la información en distintos contextos. Generalmente, los distintos observadores difieren en sus informes sobre el comportamiento del niño; los profesores y los padres muchas veces difieren en catalogar a un niño con problemas, como lo demostró el estudio De la Barra, 1987-1997. Estas diferencias pueden ser tan informativas como los acuerdos entre ellos.

### Antecedentes históricos

El primer estudio sistemático de epidemiología en psiquiatría de niños y adolescentes fue el realizado por Lapuse y Monk, en Buffalo, EEUU en 1958, que reveló una alta prevalencia de trastornos emocionales y conductuales en niños entre 6 y 12 años. Actualmente se efectúan rigurosos estudios en diferentes países, mostrando que la media de estos trastornos está en un 20%. El estudio epidemiológico de psiquiatría infantil inicial más relevante fue el realizado por Rutter, en la isla Wight en la década de los 70. En este caso, fue la primera vez que se realizaron diagnósticos clínicos en un trabajo epidemiológico psiquiátrico de doble fase. Se encontró en una muestra de 3.316 niños de 10 a 11 años, un 6,8% de trastornos psiquiátricos excluyendo el retraso mental. En otra muestra de 2.303 adolescentes de 14 a 15 años se encontró un 13,2% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en varones y un 12,5% en niñas.

Se han publicado numerosos trabajos desde esa fecha con resultados, a menudo, muy discordantes, unos realizados en poblaciones psiquiátricas, otros en poblaciones pediátricas, en población escolar y también en la población general, pero son escasos los trabajos realizados con un diseño riguroso previo, una buena definición de "caso", instrumentos de evaluación adecuados y adaptados a la población que se quiere estudiar y con los criterios diagnósticos operativos.

Desde 1980 se realizan estudios de 3ª generación, que incluyen métodos de diagnóstico estandarizados y técnicas sofisticadas de muestreo en grandes poblaciones.

### Estudios epidemiológicos en psiquiatría de niños y adolescentes

**Estudios de Canadá o Estudio de Ontario** (Offord *et al* 1987). La muestra comprende 2.679 niños de 4 a 16 años. El instrumento utilizado

es el *Children Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach en sus dos formas: para padres y para maestros. Considera únicamente cuatro trastornos: alteraciones de conducta, hiperactividad, alteraciones emocionales y trastornos somatoformes. Utiliza los criterios del DSM III pero no aplica ningún tipo de entrevista clínica. Como resultado global refiere un 18,1% de niños con problemas. El grupo de problemas más frecuentes son las alteraciones emocionales

**Estudio de Nueva Zelanda o de Dunedin** (Anderson *et al*, 1987). Es un estudio longitudinal en que los niños fueron examinados cada dos o tres años. Para la edad de 11 años la muestra fue de 782 sujetos. La metodología utilizada fue de doble fase. Ésta consiste en una etapa de *screening* y luego una entrevista clínica, generalmente, semiestructurada. En este estudio se aplicó la entrevista estructurada DISC-C. El porcentaje total de trastornos encontrado fue del 17,6% y las patologías más frecuentes fueron el trastorno por déficit de atención y las conductas de oposición.

**Estudio de Puerto Rico** (Bird *et al*, 1987). Es un estudio de doble fase donde se aplicó el DISC. Aquí se entrevistó a los niños y a los padres. La muestra comprendía 777 niños entre 4 y 16 años. La primera fase de *screening* se realizó con el instrumento CBCL de Achenbach; también se usó el CGAS. Los criterios para el diagnóstico de los trastornos fueron los recomendados por el DSM III. Se encontró una prevalencia de 18% de trastornos.

**Estudio de Nueva York** (Cohen *et al*, 1987). Es un estudio longitudinal en una muestra de 752 sujetos de 9 a 19 años. Se realizó una entrevista por separado a niños y adolescentes y a sus padres y se estableció el diagnóstico a partir de esta entrevista. El instrumento utilizado fue el DISC. La prevalencia obtenida fue de 20,6%.

**Estudio en población de niños con patología pediátrica** (Costello *et al*, 1987). Estudio realizado en Pennsylvania USA. Los autores emplearon la entrevista DISC para niños y padres. Encontraron una prevalencia de 22,0% en niños que presentaban patología pediátrica (ver Tabla 10-1).

TABLA 10-1

## ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS INFANTILES A NIVEL INTERNACIONAL

Años	Lugar	Número	Edad	Instrumentos	Tipo de muestra	Resultados
1987	Ontario, Canadá	2573	4 a 16	SRC	Escolares	18,1%
1987	Ucrania, Ne Zelandia	382	10 años	PSC	Comunitaria	17,6%
1987	Florida	777	4 a 16	CPI, CBCL, DISC-P	Escolares	18,0%
1987	Chile, EE.UU.	752	6 a 9	DISC-P	Escolares	24,2%

En Chile: *Montenegro y cols.* Realizó un estudio de salud mental escolar, estandarizando el inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach (CBCL) en niños de 6 a 11 años. La muestra fue de 587 niños de 1<sup>o</sup> a 7<sup>mo</sup> básico de la provincia de Santiago distribuidos según nivel socioeconómico, por sexo y edad (ver Tabla 10-2).

*Virginia Toledo, Flora de la Barra, Carmen López, Miriam George, Jorge Rodríguez.* En 1996 realizaron un estudio de diagnósticos psiquiátricos en una cohorte de escolares de primer año de enseñanza básica del Área Occidente de Santiago. Este estudio consistió en la exploración psiquiátrica de 99 escolares de primer año básico.

Se utilizaron como instrumentos el TOCA-R (*Teacher Observation of Classroom Behavior Revised*) de Sheppard Kellam y cols. y el P.S.C. (*Pediatric Symptoms Checklist*) de Jellinek y cols. La evaluación psiquiátrica estuvo a cargo de psiquiatras infantiles utilizando el CIE 10.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos encontrados fue de 24,2%; siendo más frecuente el trastorno por déficit de atención y el trastorno de adaptación.

En el nivel primario de atención, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente de Santiago realizó en 1994, un estudio en los consultorios de atención primaria, sobre el perfil diagnóstico de los niños y adolescentes que consultaban por morbilidad, siendo atendidos por médico, psicólogo y asistente social. La muestra estuvo constituida por 2472 casos.

TABLA 10-2

## FRECUENCIA DE PROBLEMAS EMOCIONALES CONDUCTUALES SEGÚN CBCL (Montenegro et al)

Categoría	Frecuencia % Hombres (n = 262)	Frecuencia % Mujeres (n = 254)
Conducta antisocial	9,2	6,7
Agresividad, hiperactividad	8	9,8
Anxiedad, depresión	8,4	7,5
Quejas somáticas	6,5	5,9
Creencia de inseguridad	4,1	3,9
Depresión	4	5,5
Anxiedad	3,6	2,4
Inseguridad, ansiedad	1,9	2,4
Trastorno de personalidad	1,1	4,2

Los resultados mostraron que la consulta por problemas de salud mental eran crecientes de acuerdo al grupo etario, llegando a constituirse en la primera causa de consulta (22,3%) después de los 10 años.

En un estudio de prevalencia relativa, en población de hijos de familias de escolares del área norte de Santiago, con un diseño de estudio de doble fase (*screening* de salud mental y entrevista clínica con criterios CIE-10), se encontró que un 32,1 de los niños y adolescentes entre 0 y 18 años presentaba un trastorno psiquiátrico.

#### Estructura de morbilidad en población consultante al Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Roberto del Río

A continuación comentaremos los resultados del estudio de la prevalencia transversal de los distintos trastornos psiquiátricos infantiles y del adolescente, en una población de 1.020 consultantes en el Servicio de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia del Hospital Roberto del Río en 1998 (prevalencia relativa).

Se consideró tanto el diagnóstico que motivó la consulta como los otros diagnósticos psiquiátricos presentes.

La mayoría de la población consultante pertenece a los estratos socioeconómicos marginal, bajo y medio bajo, situación compartida con otros servicios públicos nacionales dedicados a atender la patología psi-

quiátrica en los menores de 16 años, de modo que los resultados podrían ser representativos de la realidad nacional, respecto a la prevalencia de consultas psiquiátricas en el niño y el adolescente en los servicios públicos.

Las hipótesis diagnósticas están basadas en los criterios propuestos por la clasificación internacional de enfermedades CIE-10. Se incorporó, además, el diagnóstico de variable normal o respuesta sana, entendida ésta como toda respuesta cuya calidad e intensidad es adecuada frente a una situación estresante, o corresponde a una crisis normal del desarrollo, como por ejemplo, la conducta de oposición propia de los 3 y 11 años.

Con el objeto de facilitar la comunicación de los resultados, se realizaron, en aquellos casos en que nos pareció pertinente, las siguientes agrupaciones diagnósticas:

**Trastornos psicóticos.** Abarcan a los distintos trastornos que tienen en común la pérdida del juicio de realidad, como la esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos, trastornos psicóticos agudos, psicosis reactivas, episodios psicóticos en retardo mental y trastornos afectivos con manifestaciones psicóticas.

**Trastornos de la personalidad.** Conjunto de rasgos desadaptativos con tendencia a la fijación y permanencia por más de un año, que pueden extenderse, comprometiendo las distintas áreas relacionales del sujeto (área familiar, educacional y social).

**Trastornos depresivos.** Se incluyen tanto la depresión mayor como la distimia y algunas depresiones reactivas mantenidas en el tiempo.

**Conductas suicidas.** Se incluyen desde la ideación mantenida hasta el intento severo.

**Trastornos cognitivos.** Incluyen el retardo mental, la disarmonía cognitiva y la inteligencia limítrofe.

**Trastornos de la eliminación.** Comprenden la enuresis y la encopresis.

**Trastornos ansiosos.** Incluyen la ansiedad de separación, los trastornos de ansiedad generalizada, las fobias simples, la agorafobia, los trastorno de pánico y las ansiedades mixtas.

**Otros trastornos psiquiátricos.** Comprenden patologías extremadamente infrecuentes como motivo de consulta.

La confiabilidad de los resultados está avalada porque los consultantes fueron examinados por especialistas que utilizaron los criterios de clasificación mencionados, y también por la estabilidad en la frecuencia de los distintos diagnósticos, que se refleja al comparar los resultados actuales, con estudios semejantes, realizados en 1988.

La Tabla 10-3 muestra la distribución de la población según edad y sexo.

Los consultantes son predominantemente varones (60,5%); esta diferencia por sexo es más acentuada mientras menor es el niño, tendiéndose a la igualdad de consulta entre ambos sexos a medida que la edad aumenta, como se puede apreciar en el grupo de 12 a 16 años.

La Tabla 10-4 muestra la distribución de los diagnósticos que motivaron la consulta.

Existen diferencias significativas por sexo, predominando en varones las siguientes patologías: trastorno adaptativo, trastorno por déficit atencional, trastorno de personalidad, trastorno de conducta. Se observa predominio femenino en los trastornos conversivos, trastornos psicofisiológicos y conductas suicidas.

TABLA 10-3  
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO N=1020

Edad/Sexo	M	F	Total	%
Preescolares (0 a 5 años)	124	51	155	15,2
Escolares (6 a 9 años)	248	134	382	37,5
Transición (10 a 11 años)	117	77	194	19,0
Adolescencia (12 a 16 años)	115	141	256	25,3
TOTAL	617	403	1020	100



TABLA 10-4  
MOTIVO DE CONSULTA N=1020

	M	F	Total	%
T. adaptativo	158	211	369	26,4*
T.D.A.	141	37	178	7,5*
T.E.A. y habil.	47	36	83	8,1
T. ansioso	34	25	59	5,8
T.O.D.	44	10	54	5,3
T. psicofisiológico	21	35	47	4,6*
T. personalidad	25	15	40	3,9*
T. cognitivo	27	13	40	3,9
T. de eliminación	22	12	34	3,3
T. conducta suicida	19	23	33	3,2*
T. conducta	22	6	30	2,9*
Vinculo normal	17	15	32	3,1
T. depresivo	10	12	22	2,2
Abuso sexual	5	7	12	1,2
Psicosis	5	6	11	1,1
T. identificación	9	1	10	1,0
T. conversivo	4	3	7	0,9*
T.E.P.	5	3	8	0,9
T. glicólisis	4	2	6	0,8
T. vínculo	3	1	4	0,3
T. sueño	4	2	6	0,6
T.O.C.	1	1	2	0,5
T. tritilomaniá	1	4	5	0,5
T. fobia sexual	5	1	6	0,6
Otros	8	7	15	1,5
Total	612	408	1020	100

\* Diferencia significativa por sexo 0,05.

Significado abreviaturas:

T.D.A.: Trastorno de déficit atencional

T.E.A.: Trastorno específico del aprendizaje

T.O.D.: Trastorno oposicionista desafiante

T.E.P.T.: Trastorno de estrés postraumático

T.O.C.: Trastorno obsesivo compulsivo

La Tabla 10-5 muestra la estructura de comorbilidad, entendida ésta como los diagnósticos asociados al motivo de consulta, los que están presentes en el 46,7% de la población consultante. Para un mismo trastorno, en general, predomina el diagnóstico que motivó la consulta por sobre el diagnóstico asociado.

TABLA 10-5  
COMORBILIDAD N=1020

	M	F	Total	%
T. personalidad	39	48	87	8,5
T. adaptativo	36	32	68	6,7
T.E.A. y habil.	37	26	63	6,4
T.D.A.	32	10	42	4,1
Abuso sexual	11	5	16	2,6
T. ansioso	17	6	23	2,3
T.O.D.	15	8	23	2,3*
T. cognitivo	12	8	20	2,0
T. de eliminación	15	6	21	2,1*
T. conducta suicida	8	11	19	1,9
T. conducta	13	6	19	1,9*
T. vínculo	12	2	14	1,4*
T. psicofisiológico	2	5	7	0,7
T. depresivo	2	4	6	0,6
Vinculo normal	2	2	4	0,4
T. P.T.	1	2	3	0,3
Psicosis	2	0	2	0,2
T. genital	1	1	2	0,2
T. conversivo	0	0	1	0,1
T. identificación	0	1	1	0,1
T.O.C.	0	1	1	0,1
T. tritilomaniá	1	0	1	0,1
T. sueño	3	0	3	0,3
Otros	10	7	17	1,7

\* Diferencia significativa por sexo 0,05.

En los trastornos psicóticos, las conductas suicidas, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de la alimentación, los trastornos conversivos, los trastornos generalizados del desarrollo, el trastorno de identidad sexual y el trastorno obsesivo compulsivo, se consulta mayoritariamente por estas patologías (ver Tabla 10-4). Mientras que en los abusos sexuales, los trastornos de vinculación y los trastornos de personalidad, el mayor porcentaje de las consultas se hace por las patologías asociadas.

La Tabla 10-6 muestra la estructura de morbilidad total que comprende la suma de los diagnósticos que motivaron la consulta más otros diagnósticos, los que pueden ser más de uno para el mismo niño. El porcentaje señalado para cada trastorno se realizó basándose en el total de muestra (N=1020), obteniéndose de este modo el porcentaje total de consultantes en que se diagnosticó una determinada psicopatología.

Al observar la distribución de las diversas patologías según edad y grupo etéreo, podemos apreciar las siguientes diferencias.

En el grupo de preescolares (ver Tabla 10-7), la distribución de los trastornos se relaciona principalmente con la madurez del sistema nervioso y el proceso de individuación presente a esta edad. Es por ello que las principales psicopatologías se refieren a: trastornos adaptativos, trastornos por déficit atencional, trastornos oposicionista desafiante y trastornos del lenguaje y el habla, correspondiendo éstos, en conjunto, al 70% de las consultas.

Los trastornos relacionados con la adquisición del lenguaje son esperables a esta edad, ya que es en esta fase del desarrollo donde el niño comienza a adquirir y perfeccionar la función psicolingüística. Con respecto al trastorno de déficit atencional, éste se manifiesta principalmente por la hiperactividad disruptiva.

En relación a la frecuencia del trastorno oposicionista desafiante que alcanzó un 14,8%; nos parece que, en algunos niños, se trata de una prolongación de un oposicionismo normal dentro del proceso de individuación, el cual no ha sido bien manejado por los padres. Ahora bien, esta prolongación pasará a constituir un trastorno, cuando las conductas oposicionistas, en vez de atenuarse, comienzan a intensificarse y extenderse a otros contextos fuera del ámbito familiar.

Dentro de este grupo etéreo existen otros trastornos, cuyo porcentaje de consulta es menor, pero no por ello dejan de ser significativos.

TABLA 10-6  
MORBILIDAD TOTAL 1998 N=1020

	M	F	total	%
T. aceptativo	134	143	277	27,0
T.D.A.	173	47	220	21,6*
T.E.A. y habla	86	62	148	14,5
T. personalidad	64	63	127	12,5
T. ansiedad	51	31	82	8,0
T.O.D.	39	18	57	5,6*
T. cognitivo	39	27	66	6,0
T. de eliminación	37	8	55	5,4*
T. psicofisiológico	14	40	54	5,3*
Conducta suicida	18	34	52	5,1*
T. conducta	37	12	49	4,8*
Abuso sexual	6	22	38	3,7
Varicela normal	5	17	36	3,5
T. depresivo	2	46	48	4,8
T. vinculo	14	3	17	1,7*
Psicosis	7	6	13	1,3
T.E.P.T.	5	7	12	1,2
T. alimentación	1	10	11	1,1
T. graf. dño.	7	3	10	1,0
T. conversivo	2	8	10	1,0
T. sueño	2	2	4	0,9
T.O.S.	4	2	6	0,6
Tricotilomanía	2	4	6	0,6
T. ident. sexual	5	1	6	0,6
Otros	13	14	37	3,6

\* Diferencia significativa por sexo 0,05.

Dentro de esto encontramos los trastornos generalizados del desarrollo, los abusos sexuales, el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de la eliminación. La presencia de estos trastornos se debe a diferentes razones. Los trastornos de la eliminación son casi inexistentes, ya que de acuerdo a las normas diagnósticas, el control del esfínter anal se lo-

TABLA 10-7

## ESTRUCTURA DE MORBILIDAD 1998 / 0 A 5 AÑOS

	M	F	Total	%
T. adaptativo	22	20	42	27,1
T.D.A.	27	6	33	21,29*
T.O.D.	21	3	24	14,84*
T. habla y lenguaje	0	1	1	7,097*
Variable normal	6	5	11	7,097
T. ansioso	1	3	4	2,6
T. de empujones	1	3	4	2,6
Abuso sexual	2	1	3	1,9
T. cognitivo	3	1	4	2,6
T. sueño	1	2	3	1,9
T. dral. illo	2	1	3	1,9
Eximulo	0	1	1	0,6
T. alimentación	1		2	1,3
T.E.P.	2	0	2	1,3
T. idari. sexual	1	0	1	0,6
Otros	5	3	8	5,2
Total	81	51	132	100

\* Diferencia significativa por sexo 0,05.

gra antes de los 4 años y el esfínter vesical antes de los 5 años, por lo que nos encontramos en un período en el cual el menor está logrando la adquisición de este control, tanto vesical como anal. Los trastornos generalizados del desarrollo deben ser todos diagnosticados en este período, ya que mientras más precoz sea su detección y el inicio del tratamiento, mejor será su pronóstico. Los abusos sexuales son, en su mayoría, intrafamiliares, provocados ya sea por el padre, hermanos, convivientes, tíos, abuelos, etc., los cuales abusan de la incapacidad del preescolar para utilizar mecanismos defensivos eficaces; el trastorno de estrés postraumático muchas veces se relacionan, con distintas formas de maltrato, especialmente abusos sexuales.

Finalmente, es importante destacar la ausencia de trastornos psicofisiológicos en esta población, (apneas, cólicos, rumiaciones), lo

que se explicaría por ser éstos tratados y resueltos habitualmente por los pediatras.

En el grupo de los escolares (ver Tabla 10-8), los trastornos más frecuentes se relacionan con la inserción al sistema educacional, lo que representa, para el estudiante, alejarse de la protección del hogar, integrarse a nuevos grupos, lograr buen rendimiento, por lo que se comienzan a desarrollar e incorporar una serie de estrategias de acción, tanto

TABLA 10-8

## ESTRUCTURA DE MORBILIDAD 1998 / 6 A 9 AÑOS

	M	F	Total	%
T. adaptativo	69	45	114	29,8
T.D.A.	79	20	99	25,9*
T.E.A. y habla	23	24	47	12,3
T. de empujones	15	4	19	5,0
T. ansioso	12	6	18	4,7
T. cognitivo	18	7	25	6,5
Trast. psicofisiológico	0	10	10	3,0
T. conductivo	1	0	1	0,3
T.O.D.	7	3	10	2,6
T. personalidad	2	0	2	0,5
Variable normal	6	2	8	2,1
T. depresivo	1	3	4	1,0
Abuso sexual	4	3	7	1,8
T. dral. illo	2	1	3	0,8
T. ident. sexual	0	1	1	0,3
T. sueño		0	0	0,5
T.E.P.	1	1	2	0,5
Tricotilomania	0	2	2	0,5
T. conversivo	1	1	2	0,5
Psicosis	1	0	1	0,3
T.O.C.		0	0	0,3
Conducta suicida	0	1	1	0,3
Total	248	134	382	100

\* Diferencia significativa por sexo 0,05.



para la adaptación a nuevas situaciones, como para la resolución de problemas, específicamente en lo que respecta al área social. Es por ello que las dificultades escolares, ya sean de rendimiento o comportamiento, son el eje de las consultas.

Las principales consultas se refieren a trastornos adaptativos, trastorno de déficit atencional, trastornos específicos del aprendizaje y el lenguaje y trastornos ansiosos, los cuales corresponden al 65,7%. El trastorno oposicionista desafiante comprende el 2,6% de las consultas, lo que sugiere que el diagnóstico de este trastorno, en el grupo de los preescolares, no sería estable.

Otros trastornos importantes a considerar en esta edad son los trastornos de la eliminación, debido a que en este período se espera un control total de los esfínteres. Los trastornos psicofisiológicos adquieren relevancia por su tendencia a fijarse y resistir el tratamiento exclusivamente pediátrico, por lo que son derivados, con frecuencia, por estos profesionales a servicios psiquiátricos, para ser tratados en conjunto.

En el grupo de transición, compuesto por menores entre 10 y 11 años (ver Tabla 10-9), las consultas por trastorno de déficit atencional se reducen, desde un 25,9% en el grupo precedente a 9,3%; lo que corresponde al curso natural del trastorno que es de iniciación temprana, por lo que el mayor porcentaje de consultas ya se ha realizado y los niños continúan en control.

También se reduce el porcentaje de consultas por trastorno específico del aprendizaje o del lenguaje, aunque a esta edad se pesquisan principalmente dificultades en la comprensión lectora; la mayoría de los niños con trastorno específico del aprendizaje a esta edad ya han logrado lectura mecánica.

El trastorno oposicionista desafiante se diagnostica con mayor frecuencia en la edad escolar y puede incluir las exacerbaciones conductuales de trastornos oposicionistas desafiantes previos, o ser las manifestaciones del oposicionismo propio de la edad, cuando éste alcanza una intensidad patológica.

Los trastornos psicofisiológicos se hacen más permanentes respecto a edades anteriores, lo que podría relacionarse con la mayor exposición a situaciones de estrés y a una mayor labilidad neurovegetativa propia de la edad.

TABLA 10-9  
ESTRUCTURA DE MORBILIDAD 1998 / 10 A 11 AÑOS

	M	F	Total	%
T adaptativo	21	24	45	26,3
T.D.A.	13	5	18	9,3
T.E.A. y habla	9	7	16	8,2
T.O.D.	14	2	16	8,2
T ansiosa	8	8	16	8,2
T psicofisiológico	2	12	14	7,2
T cognitiva	8	2	10	5,2
T personalidad	3	5	8	4,1
T conducta	5	1	6	3,1
Conducta suicida	1	5	6	3,1
T de elimitación	2	3	5	2,6
Abuso sexual	3	2	5	2,6
T.E.P.T.	1	3	4	2,
T depresivo	3	1	4	2,1
Varicela/morbilli	2	0	2	1,0
Extrínico	2	0	2	1,0
T sueño	0	1	1	0,5
T genital	0	1	1	0,5
T excitofornic	1	0	1	0,5
Pícosis	0	1	1	0,5
T.O.E.	1	0	1	0,5
T alimentación	0	1	1	0,5
Otros	3	2	5	2,6
Total	117	77	194	99,9

\* Diferencia significativa por sexo 0,05.

En este período se inician los trastornos del desarrollo de la personalidad y las conductas suicidas.

Las consultas por trastornos de la eliminación se reducen, lo que es explicable por la maduración y la asunción de una actitud más activa frente a estos trastornos, por parte del paciente.



Las consultas por abuso sexual infantil también se hacen más frecuentes, por la comunicación que hace la víctima a sus familiares de experiencias ocurridas anteriormente, las cuales no se habían comunicado por el temor de la víctima a las amenazas proferidas por el abusador.

Los diagnósticos por otros motivos de consulta son poco frecuentes o no sufren variaciones de importancia.

El grupo compuesto por adolescentes (ver Tabla 10-10) comprende individuos cuyas edades fluctúan entre los 12 a 16 años; las consultas más recurrentes tienen que ver con trastornos relacionados con la toma de conciencia de las exigencias de la realidad social, el papel que ejercen en ésta, la búsqueda de su propia identidad y el desarrollo moral. Como en otras edades, el motivo de consulta más frecuente es el trastorno adaptativo.

Las conductas suicidas (13,9%) cobran importancia, ya que al percibir el adolescente un ambiente hostil, disfunciones parento-conyugales severas o presentar ciertas patologías psiquiátricas emergentes a esta edad como son la depresión, trastorno bipolar, trastornos de conducta, esquizofrenia, abusos de sustancias, pueden generar en éste sentimientos de desesperanza que lo llevan a realizar conductas suicidas, las que pueden ir desde un gesto suicida, hasta el intento más severo.

El diagnóstico de trastorno de personalidad, como motivo de consulta, ocupa el tercer lugar con un 9,7% y como morbilidad total alcanza una prevalencia de 29,1% de la población adolescente. Esto se explica por la aparición de rasgos disfuncionales que llaman la atención de los padres del menor, junto a su fijación, acentuación y extensión a diversos contextos, configurando el trastorno del desarrollo de la personalidad.

Los trastornos del desarrollo de la personalidad en la adolescencia se asocian frecuentemente con conductas suicidas, trastorno de la alimentación, abuso de alcohol y adicción a drogas.

Los trastornos psicóticos, tanto los transitorios como los crónicos, se hacen presentes por las descompensaciones de estructuras personales vulnerables frente a la asunción de los desafíos y tareas evolutivas propias de la edad. Se hacen más frecuentes a partir de los 12 años, por lo tanto, es de vital importancia detectar los trastornos psicóticos crónicos precozmente, con el objeto de brindar un tratamiento que pueda resultar más efectivo.

TABLA 10-10  
ESTRUCTURA DE MORBILIDAD 1998 / 12 A 16 AÑOS

	M.	n	Total	%
T. adaptativo	33	29	62	21,5
T.P.A.	27	6	33	9,7
T. personalidad	18	10	28	9,7
Conducta suicida	19	17	36	12,4
T. ansioso	13	8	21	7,2
T. psicofisiológico	5	13	18	6,2
T. depresivo	6	8	14	4,6
T. conducta	8	5	13	4,5
Variable normal	3	3	6	2,0
T.E.A. y habla	5	4	9	3,0
T. dignitativo	3	3	6	2,0
Psicosis	4	5	9	3,0
T. conversivo	3	7	10	3,4
T. alimentación	5	7	12	4,1
T. de eliminación	4	2	6	2,0
T.O.E.	3	2	5	1,7
T. ident. sexual	4	0	4	1,3
T.O.C.	2	1	3	1,0
T. tricotilomania	0	2	2	0,7
Abuso sexual	0	1	1	0,3
T. oral dño.	1	0	1	0,3
T.E. RT	0	1	1	0,3
Otros	2	2	4	1,3
Total	148	141	289	100

\* Diferencia significativa por sexo 0,05.

El trastorno por déficit atencional sigue ocupando un lugar importante de las consultas (9,7%). Si bien la frecuencia ha experimentado un descenso respecto al grupo de transición, aún mantiene una frecuencia importante. En algunos casos sus manifestaciones pueden continuarse en la adolescencia y adultez temprana.

Los trastornos de la alimentación propiamente tal o en sus formas de anorexia restrictiva o bulímica ocupan un 2,5% de la población, presentándose en su totalidad en mujeres, lo cual se explicaría, en parte, por la mayor preocupación de ésta por la estética corporal.

Los trastornos psicofisiológicos en esta edad ocurren predominantemente en mujeres, lo que se explicaría por las mayores situaciones de estrés a las cuales se ven sometidas éstas, la mayor sensibilidad a la frustración provocada por las dificultades en la integración social y, en cierto modo, por mayor intensidad en la represión de las manifestaciones conductuales.

El trastorno del aprendizaje presente en este grupo se relaciona con dificultades en el desarrollo del pensamiento abstracto o está asociado a incapacidad intelectual o a trastornos específicos del aprendizaje no resueltos oportunamente.

El trastorno oposicionista desafiante experimenta una reducción ya sea por la superación del oposicionismo propio de la pubertad, o porque estas manifestaciones pasan a integrarse como parte de los trastornos de la personalidad.

El trastorno de conducta antisocial experimenta un aumento en la frecuencia respecto a las etapas anteriores, ya que se suman a los trastornos iniciados en la infancia los que se inician en la adolescencia. Los trastornos por abuso de alcohol y drogas no aparecen cuantificados, por ser éstos tratados en otras instituciones de la red, como son por ejemplo, los Cosam.

Los otros trastornos por ser escasa su frecuencia, no serán comentados.

#### Comparación de la prevalencia entre distintos sistemas de salud.

##### Sector público y privado

En 1998 Recart *et al* realizaron en Chile un estudio sobre la prevalencia psiquiátrica en el sistema privado de salud. La población estudiada fue de 342 niños y adolescentes, donde el 53,2% de la muestra fueron varones y el 46,8% mujeres.

Los trastornos más frecuentes fueron el trastorno por déficit de atención y los trastornos adaptativos, situación concordante con los hallazgos obtenidos en el Servicio de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia del Hospital Roberto del Río.

Referente a los trastornos del ánimo se observaron diferencias significativas. En el sector privado, este trastorno constituyó la tercera frecuencia de consulta (12,1%); mientras que en este servicio sólo alcanzó al 2,2%. Los trastornos ansiosos, trastornos de la alimentación y trastornos de la eliminación, también evidenciaron diferencias significativas, siendo el trastorno de la eliminación el único con mayor prevalencia en el sector público.

Un estudio realizado en San Diego California, en un sistema público de salud, encontró que los trastornos más frecuentes correspondían a trastornos por déficit atencional, trastornos de conducta y trastorno oposicionista desafiante, seguido por los trastornos ansiosos y los trastornos del ánimo, situación concordante con la realidad pública nacional.

Con estos hallazgos, llama la atención que los trastornos en los que es prevalente el factor biológico, los porcentajes de prevalencia sean semejantes, tanto en el sector público como privado, como es el caso del trastorno por déficit atencional y el trastorno generalizado del desarrollo, lo cual se explicaría por la escasa incidencia medioambiental en la configuración del cuadro.

#### Hospitalización en psiquiatría infantil y de la adolescencia

La atención en psiquiatría infantil y del adolescente se realiza principalmente en forma ambulatoria, constituyendo la hospitalización una situación excepcional en el proceso de diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos infantojuveniles.

##### Objetivos de la hospitalización:

- Tratamiento inicial de trastornos psiquiátricos graves, como trastornos psicóticos y/o conductas suicidas.
- Precisar el diagnóstico en aquellos casos en que existe un trastorno psíquico importante y la información proporcionada por los familiares o el paciente es confusa.
- Fracaso del tratamiento ambulatorio.
- Precisar las características del cuadro clínico e iniciar el tratamiento alejando al niño de las inducciones permanentes del contexto familiar.

- Como medida de protección transitoria en caso de maltrato o abuso sexual. Esto se lleva a cabo cuando el ambiente en el cual está inserta la víctima no ofrece garantías de cuidado o constituye una amenaza inmediata para la integridad física y psicológica del menor.

Durante 1998 en el Servicio de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia del Hospital Roberto del Río, fueron hospitalizados 40 varones y 60 mujeres, siendo el 89% de éstos mayores de 10 años.

La predominancia de la mujer adolescente se explica porque en este grupo se dan con más frecuencia los trastornos en los que se indica la hospitalización, como son las conductas suicidas, los trastornos conversivos, los trastornos de la alimentación, entre otros.

La Tabla 10-11 muestra la distribución por frecuencia de los trastornos que requieren hospitalización. Las conductas suicidas ocupan el primer lugar y la hospitalización está indicada cuando se presenten las siguientes situaciones: conducta suicida de gran letalidad, intentos repetidos de suicidio, ideación suicida muy activa, antecedentes de suicidio en familiares, fallecimiento reciente de algún familiar con el que el paciente mantenía vinculación de extrema dependencia, depresión severa, psicosis o abuso de sustancias, disfunción familiar severa, falta de apoyo o protección familiar, psicopatología de los padres (depresión, conducta suicida, alcoholismo), fracaso en tratamiento ambulatorio. El objetivo, en estos casos, es la protección de la vida para que el suicidio no sea consumado, iniciando así vinculaciones terapéuticas multiprofesionales que continuarán después del alta hospitalaria.

Los trastornos psicóticos pueden requerir hospitalización ya sea con propósitos diagnósticos, inicio de tratamiento de tipo farmacológico, o por la resistencia al tratamiento ambulatorio. Corresponden principalmente a esquizofrenia, trastorno psicótico agudo, trastornos esquizoafectivos, trastorno bipolar o trastorno depresivo con componentes psicóticos y psicosis en retardo mental.

Los trastornos de personalidad se hospitalizan, generalmente, por patologías asociadas como: trastornos de conducta, conductas suicidas, trastornos de la alimentación, trastornos depresivos entre otros, o cuando se producen descompensaciones que ven perturbada la estabilidad del sujeto y las relaciones interpersonales a nivel familiar y educacional.

TABLA 10-11  
ESTRUCTURA DE MORBILIDAD UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN N=100

	Mujeres		Hombres		Total		Total	%
	M	F	M	F	M	F		
Conducta suicida	3	0	0	1	6	9	15	15
T. personalidad	0	0	1	0	2	8	5	5
Psicosis	1	0	0	1	0	1	5	7
T. alimentación	0	0	0	0	0	1	0	5
T. ansioso	0	0	0	0	0	2	1	7
T. conducta	1	0	0	0	0	1	2	1
T. adictivo	0	0	0	0	0	0	1	0
T. conversivo	0	0	1	0	0	0	0	2
T.O.C.	0	0	0	0	0	0	2	1
T. depresivo	0	0	0	0	0	0	1	1
S.D.M.	0	0	0	0	0	0	0	2
T. esquizofrenia	0	0	0	1	0	0	0	0
S.S.P.T.	0	0	0	1	0	0	0	0
T. que desarrollo	0	0	0	0	0	0	0	0
T. orgánico	0	0	0	0	1	0	0	0
Otros	0	0	0	0	2	0	0	2
Total	4	0	6	4	5	13	25	11

El trastorno depresivo mayor requiere hospitalización por la gravedad de sus síntomas o por no responder al tratamiento ambulatorio. Los otros trastornos depresivos se tratan generalmente en forma ambulatoria, y se hospitalizan cuando existen manifestaciones del espectro suicida.

Los trastornos conversivos se hospitalizan cuando los síntomas son reforzados por el entorno relacional, con el objetivo de evitar la fijación de los síntomas como consecuencia del reforzamiento señalado.

Los trastornos de la alimentación sobre todo la anorexia restrictiva, se hospitaliza cuando la pérdida de peso pone en riesgo la vida o cuando la pérdida de peso no se recupera en el tratamiento ambulatorio.

### Funcionamiento familiar

Los sistemas familiares ocupan un papel relevante en el proceso de socialización y formación del individuo. Es aquí donde se establecen las vinculaciones tempranas entre los miembros, se fijan límites protectores para cada integrante, se transmiten valores morales, formativos y se interactúa en un clima contenedor el cual acoge, educa, nutre y protege a sus miembros. Este sistema está compuesto por varios subsistemas, cuyos miembros interactúan entre sí y con los otros subsistemas. Cuando este sistema cumple adecuadamente con todas las funciones planteadas anteriormente, se habla de funcionalidad familiar, sin embargo cuando uno o varios de los subsistemas poseen un funcionamiento perturbado de forma moderada o severa, se estaría presentando una disfunción familiar. Se entenderá como disfunción familiar a la perturbación persistente en el ejercicio de papeles e interacciones en los distintos subsistemas que conforman el sistema familiar, ocasionándose como resultado una atmósfera de tensión, frustración, confusión, abandono y maltrato dentro del sistema.

Durante 1998, en el servicio de Salud Mental y de la Adolescencia del Hospital Roberto Del Río, en consulta ambulatoria, se encontró un 53% de disfunción familiar, con predominio masculino. En la unidad de hospitalización, se observó que un 67% del total de pacientes hospitalizados presentó disfunción familiar, predominando en mujeres (ver Figura 10-1).

### Prevalencia e incidencia de los diferentes trastornos mentales (Recopilados del DSM-IV)

**Autismo.** La incidencia es de 4 a 5 casos por 10.000 habitantes. Si se incluyen niños con síntomas autistas o autismo atípico la incidencia aumenta a 12 a 15 casos por 10.000 habitantes. Distribución niño:niña = 4,5:1. Asociado en un 75% a 80% a retraso mental.

**Asperger, Rett y trastornos desintegrativos.** No hay muchos estudios en estos trastornos. Se estima que el primero sería más frecuente que el autismo. Rett y desintegrativo mucho menos frecuentes que autismo. El Rett es más prevalente en niñas, y la incidencia sería aprox. de 1 en 10.000 y el T. desintegrativo es más frecuente en varones (4:1) y sería 10 veces más frecuente que el síndrome de Rett.

**Trastornos del aprendizaje.** En USA se considera que unos 5% de los estudiantes de escuelas públicas presentan un trastorno de aprendizaje. 10 a 15% de la población escolar presenta trastorno de lectura, constituyendo el 85 a 90% de los trastornos de aprendizaje. Predominio en hombres (3,8:1). En USA un 4% de los menores en edad escolar tiene problemas de lectura, un 1% de trastorno de cálculo.

**Trastorno del desarrollo de la coordinación.** La prevalencia en niños de 5 a 11 años se ha estimado en un 6%.

**Trastorno del lenguaje expresivo.** De un 3 a 5% de los niños puede tener trastorno del lenguaje expresivo evolutivo.

**Trastorno del lenguaje mixto receptivo-expresivo.** El de tipo evolutivo puede ocurrir en un 3% de los niños en edad escolar.

**Trastorno fonológico.** 2 a 3% de los niños entre 6 y 7 años presenta un trastorno moderado a grave. A los 17 años es de 0,5%.

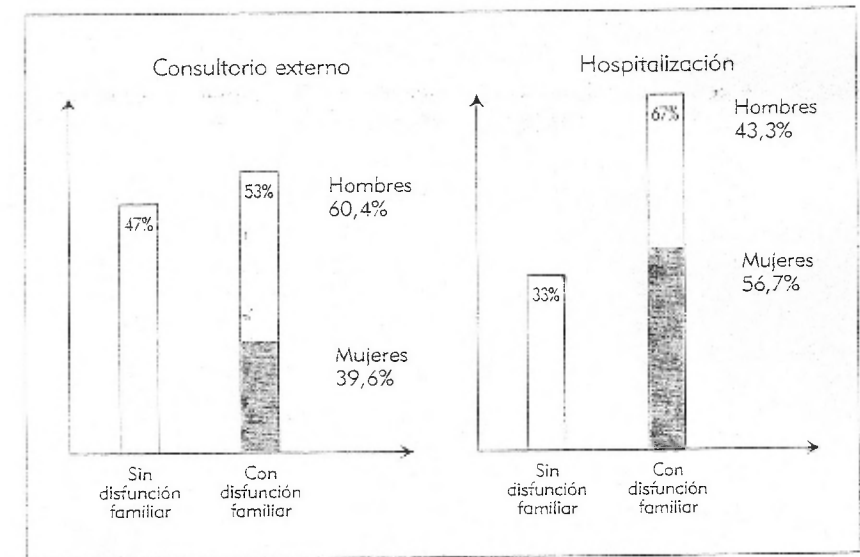


FIGURA 10-1

SERVICIO DE SALUD MENTAL INFANTIL 1998 / DISFUNCION FAMILIAR



**Tartamudez.** En niños prepuberales es del 1% y de 0,8% en la adolescencia.

**Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.** Prevalencia en distintos centros de 3 a 5% para los niños en edad escolar.

**Trastorno disocial.** Varones menores de 18 años, 6 a 16% de prevalencia y en mujeres 2 a 9%. Ha aumentado en los últimos años y es más frecuente en áreas urbanas. Es uno de los más frecuentes diagnósticos en los centros especializados.

**Trastorno negativista desafiante.** Se estima que un 5,75% de los niños presentan este trastorno y constituyen un tercio de los motivos de consulta a centros especializados. Más frecuente en niños (2:1). Un 25% de estos niños presenta TDA.

**Trastorno de la Tourette.** 4 a 5 individuos por 10.000.

**Encopresis.** Se estima que un 1% de los niños de 5 años de edad lo presentaría, sería más frecuente en hombres.

**Enuresis.** A los 5 años se estima una prevalencia de 7% en niños y 3% en niñas. A los 10 años 3% y 2% respectivamente y a los 18 años el 1% en varones.

**Trastorno por ansiedad de separación.** Frecuencia del 4%, más en niñas y en edades escolares intermedias

**Mutismo selectivo.** Prevalencia oscila entre un 0,08 y 0,7% de los niños, más frecuente en niñas 3:1.

**Trastorno de vinculación.** Poco frecuente.

**Trastorno de adaptación.** Motivo de consulta más frecuente, tiende a ser más prevalente en las mujeres.

**Trastorno de ansiedad generalizada.** Prevalencia se estima entre un 2,7% a 4,6%; sin diferencia entre sexos.

**Trastorno de angustia (de pánico).** Prevalencia de 0,6% en población escolar adolescente, predominio femenino.

**Trastorno por estrés postraumático.** No hay estudios conocidos en niños ni adolescentes. En adultos, la prevalencia actual y de vida oscila entre un 0,4% y un 1,3%.

**Fobia social.** 1% de niños y adolescentes, predominio masculino.

**Fobia específica.** Frecuente en la niñez, afectando más a las niñas.

**Trastorno obsesivo compulsivo.** La prevalencia sería de 0,3 a 1% en niños y adolescentes en la población general. Y la prevalencia de vida de 1,9%.

**Trastorno depresivo.** Depresión mayor 2% en niños y 4% en adolescentes, antes de la pubertad la diferencia entre los sexos no sería significativa y en la adolescencia sería de 1: 2 entre hombre y mujer.

En distimia la prevalencia sería de 0,6% a 1,7% en niños y de 1,6 a 8% en adolescentes.

**Trastorno bipolar.** 0,6% en población general. 13% de síntomas hipomaníacos en adolescentes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almonte C, Capurro G. Estructura de la morbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes en consulta ambulatoria y hospitalización. *Rev Psiquiatría y Salud Mental*. Santiago de Chile, 2001; 18:22-8.
- American Psychiatric Association. DSM-IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
- Bralic S, Seguel X, Montenegro H. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población escolar de Santiago. Centro de estudios de desarrollo y estimulación Psicosocial (CEDEP), 1984.
- Florenzano R. Salud Mental y epidemiología psiquiátrica. En: Florenzano R, Carvajal C, Weit C. *Psiquiatría*. Santiago de Chile: Mediterráneo, 1999.
- García R. *Psiquiatría de Niños y Adolescentes*. Psiquiatría Clínica. Ed. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2000.
- Garland A, Hough R, McCabe H *et al*. Prevalence of psychiatric disorders in youth across five sectors of case. *AM. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2001; 40:409-19.
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para diagnóstico. Madrid: Mediterráneo, 1992.