

Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia

Epidemiology of psychiatric disorders in children and adolescents: Prevalence studies

Flora de la Barra M.¹

The aims of this revision is to update information on epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders, including studies done in Spanish speaking and Latin American countries. Current points of view and evidence for transcultural validity of nosological constructs in child and adolescent psychiatry are reviewed. Evidence derived from structured interviews and combined categorical and dimensional approaches are shown. Prevalence reports vary from 5 to 22%, depending on the methodology, type of interview, sample and inclusion of impairment criteria. A national study was done in Great Britain, showing 9,7% prevalence. In the USA, there are several regional and some collaborative studies, and a national study of adolescents has started. In Puerto Rico, a prevalence of 19,8% was reported, which was adjusted to 6, 9% adding impairment criteria. In Taubaté, Brazil, 12,7% full diagnoses and 3,5% subsyndromatic diagnoses were found. In Mexico City, 39,9% psychiatric disorders were reported, ¼ of which were mild, 1/ moderate and 1/5 severe. In Chile, a study in Santiago schoolchildren showed 15, 7%, measured by a clinical interview using ICD-10 syndromatic and impairment criteria. Comorbidity studies are commented. Usefulness of epidemiology in studying prevalence, health burden, service needs, use and barriers to care is summarized. The importance of having this type of information for the design of preventive and treatment programmes is analysed.

Key words: *Epidemiology, child and adolescent psychiatry, psychiatric disorders.*
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (4): 303-314

Introducción

Uno de los objetivos de la epidemiología científica es medir la magnitud de los trastornos psiquiátricos y los servicios de salud mental. La epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes cumple varios objetivos en salud pública: con-

tar y estudiar los esquemas de distribución de los trastornos psiquiátricos, calcular la carga de enfermedad, medir el uso de servicios y monitorear si aquellos niños que los necesitan los están recibiendo¹⁻³. Los estudios demuestran una alta prevalencia de Trastornos psiquiátricos (1 de cada 5 niños; si se agrega criterio de discapacidad 1 de

Recibido: 24/08/2009

Aceptado: 03/12/2009

Sin conflicto de intereses

¹ Profesor adjunto. Departamento de Salud Mental Oriente. Universidad de Chile.

c/ 10). Sólo 16% de ellos recibía atención y muchos que eran atendidos no tenían Trastornos psiquiátricos^{4,5}. Esta realidad contrasta con las evidencias que están disponibles de tratamientos efectivos para tratar a los niños y adolescentes¹⁻³.

El proyecto Atlas, que midió los recursos de salud mental infantojuvenil en 66 países, demostró que las personas gastaban el 71% de su bolsillo en Africa vs el 12,5% en Europa. Los costos mayores se producían en niños con depresión, T de Déficit Atencional/hiperactividad (TDAH) y T de conducta. Además estudiaron los costos asociados en educación, justicia y servicios sociales⁶. Al demostrar la inequidad, la epidemiología puede ser un instrumento de justicia social.

Metodología

Se efectuó una revisión de las bases de datos Pub Med, Medscape y LILACS, de las principales revistas de Psiquiatría de niños y adolescentes y las últimas ediciones de textos de Psiquiatría Infantil y adolescente. Se buscaron los artículos publicados sobre el tema en los últimos 10 años. Se sistematizaron los resultados divididos en temas a analizar.

Controversias en epidemiología: uso de medidas dimensionales vs categoriales. Algunos autores proponen que en el DSM-V y el CIE-11, se utilicen criterios categoriales y dimensionales en el mismo sistema diagnóstico, lo que tiene varias ventajas:

1. Agrega puntaje cuantitativo específico para el diagnóstico, mejorando la consistencia y comparabilidad.
2. Aumenta el poder estadístico sin disminuir la utilidad de las categorías.
3. Reemplaza la comorbilidad por un simple puntaje de gravedad, alcance o no el umbral diagnóstico. Permite perfiles específicos para cada paciente cruzando distintas enfermedades. Asegura que los tratamientos aborden el rango completo de psicopatología⁷.

Otro ámbito de discusión: validez transcultural

de los constructos nosológicos actuales. Para que los criterios diagnósticos tengan validez transcultural, deben ser similares en la descripción del problema, los factores de riesgo, factores protectores, otras condiciones concurrentes, la evolución, los exámenes de laboratorio y la respuesta a tratamiento. Deben ser medidos con instrumentos de probada confiabilidad y validez⁸.

El punto de vista universalista señala que los trastornos psiquiátricos son universales y los síntomas nucleares se agrupan en síndromes universales. La mayoría de las evidencias apoyan esta postura, por ejemplo, la consistencia de los hallazgos en 70 países con la batería de evaluación empírica ASEBA y el cuestionario de fortalezas y dificultades SDQ, instrumentos dimensionales que mostraron puntaje y efectos similares de factores de riesgo y protectores, comorbilidad y respuesta a tratamiento. Los autores señalan las ventajas de dimensionalizar los diagnósticos psiquiátricos para las investigaciones transculturales⁹. Un estudio que integró medidas dimensionales y categoriales mostró similitudes en 24 países¹⁰.

El punto de vista relativista postula que los factores culturales pueden determinar los síntomas de un Trastorno Psiquiátrico, aún en ausencia de disfunción interna. Este enfoque es apoyado por la existencia de algunos síndromes encontrados en una sola cultura (ej. ataques de nervios en 9% de los niños de Puerto Rico), los síntomas que definen depresión en jóvenes chinos y la falta de consistencia en las evoluciones a largo plazo de los problemas de conducta y antisociales. En general, síndromes específicos de una cultura son muy poco frecuentes. Un metaanálisis de 102 estudios en TDAH mostró diferencias significativas entre Norteamérica, Africa y Medio Oriente, pero no entre Norteamérica, Europa, Asia, Oceanía y Sudamérica¹¹. Los síndromes de TDAH tenían alta consistencia interna y dos factores: inatención e hiperactividad/ impulsividad¹².

Parece adecuado, por el momento, quedarse con el punto de vista universalista/relativista planteado por Rutter, quién señala que el Autismo, esquizofrenia, X frágil y otros T. Penetrantes del desarrollo tienen una base biológica y son

más universales en las culturas, mientras que otros trastornos más comunes, aunque tengan un sustrato biológico o genético, son moldeados por el contexto social, normas culturales y etapa del desarrollo. El grado en el cual las definiciones de trastornos psiquiátricos son universales o varían según las culturas, debe resolverse mediante investigación empírica que establezca la validez diagnóstica en distintas culturas^{13,14}. Es necesaria una mayor integración de las diferencias culturales y étnicas en los nuevos criterios DSM-V y CIE-11¹⁵⁻¹⁷.

Requerimientos para generar prevalencias confiables: Algunos son comunes en niños, adolescentes y adultos: muestra de tamaño adecuado, representativa, uso de medidas de evaluación estandarizadas que generen diagnósticos exactos, aceptados internacionalmente y mediciones de discapacidad social. Los criterios diagnósticos para adultos han resultado útiles en niños y adolescentes desde los 2 años hacia arriba. Los problemas más frecuentes son la pérdida de precisión en los estudios de dos fases, la comorbilidad y la incapacidad de la mayoría de las entrevistas estructuradas de abordar casos subsindromáticos. Se ha propuesto que los niños y adolescentes que presenten impedimento y síntomas que no alcanzan el umbral de criterio diagnóstico sean considerados con trastorno psiquiátrico, en los diagnósticos NOS¹⁸. En niños y adolescentes existe la complejidad adicional que es necesario combinar los reportes de varios informantes, siendo la confiabilidad y concordancia variable según la edad del niño.

Como mejorar la nosología psiquiátrica para niños de 0-3 años

Las clasificaciones DSM-IV y CIE-10 no sirven para diagnosticar niños menores de 2 años. Las entrevistas diseñadas para estas edades, como el DC-0-3 tienen escaso apoyo empírico¹⁹. Para el autismo se han desarrollado cuestionarios e instrumentos observacionales específicos (entrevista diagnóstica de Autismo ADI-R y el programa diagnóstico observacional ADOS)^{20,21}. Angold

propone que se integren métodos de la investigación en temperamento y psicopatología evolutiva para obtener información en estas edades^{22,23}. Se debe entregar mayor consideración acerca del desarrollo en futuras clasificaciones.

Resultados

Magnitud del problema: estudios de prevalencia

El análisis de la magnitud del problema puede abarcar los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, la brecha en la entrega de servicios, los costos económicos del impedimento o del potencial perdido para el individuo y la sociedad⁴. Una revisión de 52 estudios mostró prevalencias de trastornos psiquiátricos muy variables entre 1-51%. Se concluyó que variaban según el instrumento de medición utilizado: los criterios de Rutter mostraban 12%, la entrevista K-SADS 14% y el DISC 20-25%. Había problemas en las muestras, definición de caso, análisis y presentación de los datos²⁴.

Tres revisiones de varios países en cuatro décadas muestran entre 3 y 22% de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes^{25,26}.

En la Tabla 1 se muestran algunas de las prevalencias encontradas.

A continuación revisaremos algunos de los estudios de prevalencia recientes, seleccionado especialmente aquellos realizados en países de habla hispana y en Latinoamérica y los que efectuaron evaluaciones multiculturales.

Estudio de Puerto Rico 2004 (Canino y cols)²⁷

Se midió la prevalencia en el último año de trastornos psiquiátricos en niños de 4 a 17 años, en una muestra probabilística según nivel socioeconómico. Entrevistaron a 1.886 díadas niño/cuidador mediante la entrevista DISC-IV en español, efectuada cara a cara por legos capacitados. Esta entrevista estructurada contiene medidas de gravedad e impedimento específicas para cada trastorno psiquiátrico²⁸. Además se agregó

Tabla 1. Algunas de las prevalencias globales encontradas

Sudán, Filipinas, Colombia, India	12-29% (Giel 81)
Ontario, Canadá 4-16 años	18,1% (Offord 67)
Etiopía 1-15 años	17,7% (Tadease 99)
Alemania 12-15 años	20,7% (Weyerer 88)
India 1-16 años	12,8% (Consejo Investigación)
Japón 12-15 años	15% (Morita 93)
España 8, 11, 15 años	21,7% (Gómez-Beneyto 94)
Suiza 1-15 años	22,5% (Steinhausen 98)
U.S.A. 9-17 años	21% (Depto. Salud)
Carolina del Norte 9-16 años + impedimento funcional	6,8% (Costello 2003)
Funan, Dinamarca 8-9 años	10,1% (Bilenberg 2005)
Puerto Rico	18% (Bird 88)
Puerto Rico 4-17 años:	6,9% (Canino 2004)
Kerala, India	5% (Hackett 99)

una escala de impedimento global (CGAS) y un instrumento para medir uso de servicios (SACA). Los resultados se entregan en la Tabla 2.

Las prevalencias fueron ajustadas con dos medidas de impedimento. Se observó que los niños que tenían impedimento usaban más los servicios de salud que los que no tenían impedimento. Sin embargo, sólo 49,6% de ellos había contactado alguno.

Estudios realizados con el instrumento de evaluación de desarrollo y bienestar (DAWBA)

Fue diseñado por Goodman en el año 2000 y se ha usado en 12 países. Es una entrevista estructurada, multiinformante (padres, profesores, niños) aplicado por legos. La información es combinada posteriormente por clínicos con experiencia, emulando el proceso clínico. Entrega diagnósticos DSM-IV y CIE-10²⁸. Algunos resultados se entregan en la Tabla 3 ^{30-34,15}.

Estudio de Taubaté, Brasil¹⁵

La muestra estuvo constituida por 1.251 escolares de 7 a 14 años. Se utilizó el Cuestionario DAWBA para padres, profesores y autoreporte. Se encontró más T. externalizados en hombres

Tabla 2. Prevalencias T.S. en el Estudio de Puerto Rico (Canino 2004)

Prevalencia T.S. sin considerar impedimento:	19,8%
Con impedimento específico DISC:	16,4%
Con impedimento global	6,9%
Prevalencias de T. específicos	6,9%
Depresión	1,7%
T Ansiedad	2,9%
TDAH	3,7%
T conducta	1,3%
T Oposicionista desafiante	3,4%
Abuso drogas	0,4%

Tabla 3. Prevalencias de T.S. con el instrumento DAWBA

5-15 años Nacional Gran Bretaña (Inglaterra, Gales y Escocia)	9,7%
5-14 años en isla rural Brasil	7%
7-14 años en Taubate Brasil	12,7%
5-19 años en Dhaka, Bangladesh	15,2%
7-14 años en Novosibirsk, Rusia	15,3%
2º -4º básico en Bergen, Noruega	7%

Tabla 4. Prevalencias de T. S- en" Taubaté, Brasil

Prevalencia global	12,7%
Diag. NOS subsindromáticos	3,5%
T. ansiedad	5,2%
T. depresivos	1%
TDAH	1,8%
T. disruptivos	7%
Otros	0,2%

que mujeres y se observó un aumento de Depresión con la edad (Tabla 4).

Estudio de Ciudad de México³⁵

Se analizó una Muestra Probabilístico multi-etapa de 3.005 adolescentes entre 12 y 17 años, utilizando la Entrevista CIDI-A³⁶. Midieron la prevalencia de T. psiquiátricos en los últimos 12 meses. La discapacidad asociada se midió con criterios múltiples, clasificándolos en leves (1/4), moderados (la ½) y graves (1/5). Se encontró una prevalencia de 39,4% de Trastornos psiquiátricos, de los cuales 29,8% fueron T. de Ansiedad, 7,2% de Ánimo, 15,3% T. de Control de impulsos y 3,3% T. por Abuso de sustancias.

Esfuerzos para obtener estudios nacionales en Estados Unidos³⁷

Existen varios estudios regionales en Massachussets, Estado de Nueva York, Carolina del Norte, Oregon, Puerto Rico, Texas y un estudio multisitio (Georgia, N.Y., N. Haven y P. Rico). A fines de los 90, el Congreso mandató al Instituto de Salud Mental (NIMH) para que llevara a cabo la iniciativa multisitio UNOCCAP (estudio de servicios, necesidades, evoluciones y costos en población de niños y adolescentes). Este fue interrumpido prematuramente, pero logró identificar las brechas en conocimiento. En su reemplazo el NIMH decidió agregar módulos de salud mental adolescente a 2 estudios a gran escala en adultos. El Cuestionario de fortalezas y dificultades, una escala breve de síntomas de en-

fermedades mentales³⁸ fue agregado al Estudio Nacional de Entrevista de Salud (NIHS) en 2001, que evaluó 50.000 familias. Además, se aplicaron módulos seleccionados de la entrevista DISC al Examen Nacional de Salud y Nutrición entre 1999-2004³⁹.

Estudio Nacional de Replicación de Comorbilidad en Adolescentes norteamericanos (NCS-A)^{40,41}

Se trata de un estudio Multiconstructo, multi-informante y multimétodo. Hasta el momento sólo se ha publicado el diseño y metodología.

Instrumentos:

1. Se aplica una entrevista estructurada a los adolescentes: modificación de CIDI adultos para T de Animo- Ansiosos-Disruptivos-uso sustancias- otros (TA, suicidio, neurastenia). Pesquisa casos subsindromáticos y tiene una escala de gravedad específica para cada trastorno.
2. Además se obtienen medidas dimensionales de los padres mediante un cuestionario autorespondido (SAQ) para 5 Trastornos psiquiátricos: T. Déficit Atencional/Hiperactividad, T. Conducta, T. Oposicionista Desafiante, T. Depresivo mayor y T. Distímico.
3. Batería de factores de riesgo y protectores (individual, familiar, ambiental/contextual).

Metodología:

Se efectuó validación de los instrumentos y estudio de concordancia entre la entrevista utilizada y la entrevista semiestructurada (K-SADS) que fue usada como gold standard.

Se obtuvo una muestra representativa de adolescentes 13-17 años para EEUU, constituida por 904 adolescentes de las casas participantes en NCS de adultos (respuesta 85,9%) y 9.244 reclutados de 320 colegios (74,7%). Las muestras fueron pesadas con procedimiento complejo para que fueran representativas de la población de EEUU.

Los instrumentos estiman prevalencias actuales y de vida para T. Psiquiátricos DSM-IV, correlatos y esquemas de uso de servicios. La metodo-

logía servirá de base para futuros estudios de seguimiento de factores de riesgo, protectores, consecuencias y expresión temprana de TS adultos.

Estudios de prevalencia de Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en Chile

Entre 1992 y 1998, se efectuó un estudio longitudinal de dos cohortes de niños de 1° básico de 7 escuelas de Santiago Occidente, que fueron seguidos hasta 6° básico. Se aplicaron medidas dimensionales (cuestionarios para padres y profesores) y una entrevista psiquiátrica clínica semiestructurada a muestras representativas de 6° básico. Las prevalencias encontradas ajustadas por discapacidad fueron similares a las de otros países. En la Tabla 5 se muestran los resultados de la población total de 6° básico. N = 210, representativo de 1.062⁴².

Actualmente, se está realizando el primer estudio nacional de prevalencia de T. Psiquiátricos en niños de 4 a 18 años. En 2008, se presentaron en los congresos de SONEPSYN y SOPNIA los resultados preliminares de Cautín e Iquique. En 2009 se terminó el trabajo de campo en Santiago y se está realizando en Concepción^{43,44}.

Comorbilidad: ¿producto de la nosología o una tarea en sí misma, para comprender el desarrollo de la psicopatología?

Tabla 5. Estudio Area Occidente, Santiago, Chile “Diagnósticos sindromáticos (Eje I) con discapacidad (Eje VI)” 1er diagnóstico en niños de 6° básico

Con T.S.	15,7%
T. ansiosos	7,4%
T conducta	2,4%
T. conducta/emocional	0,9%
T. depresivo/conducta	1,4%
T. depresivos	2,4%
T. hiperkinético	0,4%
Enuresis	0,5%
T. alimentación	0,5%

La magnitud de comorbilidad reportada en distintos estudios varía entre 24 y 29%^{15,31,32}.

Un metanálisis de estudios en población general mostró asociaciones entre pares de enfermedades con intervalos de confianza significativos. Documentó comorbilidad homotípica en depresión: los adolescentes deprimidos tienen mayor probabilidad de ser adultos deprimidos, y heterotípica: continuidad entre trastornos disruptivos y emocionales en niñas. También observó que las tasas de comorbilidad concurrente (en un mismo momento) y a lo largo de la vida, no tienen las mismas implicancias. Por ejemplo, los O.R. para depresión concurrente con otros diagnósticos eran 9,6, en cambio la prevalencia de vida sólo 2,8. Esto significa que los adolescentes que estuvieron deprimidos, pero actualmente no lo están, tienen pocas probabilidades de tener otros Trastornos. La categoría mixta T conductual/emocional de la CIE-10 es el diagnóstico más prevalente en Inglaterra, Alemania, Francia y Noruega. El TDAH tiene comorbilidad con T de Conducta/T. Oposicionista Desafiante y con Depresión. Los subtipos de TDAH tienen distintos esquemas de comorbilidad: el subtipo desatento está más fuertemente asociado a Depresión y el hiperactivo/ impulsivo a Trastorno de Conducta. CIE-10 considera el diagnóstico T hiperkinético de la conducta. Concluye que la evidencia apoya la idea que algunos tipos de comorbilidad homotípica (Depresión con Distimia, T Oposicionista con T conducta) representan secuencias evolutivas de un mismo proceso psicopatológico. Por otra parte, ciertas comorbilidades heterotípicas (TDAH/T Conducta, Depresión T Conducta y depresión/Ansiedad) pueden representar subtipos o diagnósticos diferentes. La comorbilidad T Conducta/T. Oposicionista con Ansiedad y TDAH con Depresión podrían ser epifenómenos⁴⁵.

En el seguimiento del estudio de Great Smoky Mountains, se encontró amplia comorbilidad homotípica entre todos los trastornos, y heterotípica sólo entre depresión-Ansiedad, ansiedad-depresión, ansiedad/abuso de sustancias y TDAH-T. Oposicionista⁴⁶. La comorbilidad heterotípica

fue más frecuente en niñas⁴⁵. Un análisis de T Ansiosos, mostró que la comorbilidad con depresión estaba limitada al T. de Ansiedad generalizada y sobreansioso⁴⁷.

Percepción de necesidad y uso de servicios de salud mental: Otra tarea de la epidemiología

La epidemiología puede ayudar a que la planificación de servicios sea guiada por las evidencias y las necesidades más que por reglas burocráticas, entregando información esencial para el proceso. La presencia de un T. psiquiátrico no es la única información necesaria. Los estudios comunitarios amplios de trastornos psiquiátricos son útiles para muchos aspectos de la planificación. Sin embargo, no son útiles para niños con retardo mental, trastornos específicos de lenguaje y aprendizaje, todos los cuales tienen fuerte asociación con psicopatología. Estos cuadros clínicos son difíciles de estudiar incluso en muestras muy grandes, dada su baja prevalencia. Por ejemplo, el estudio británico mostró 0,9% de prevalencia de Trastornos penetrantes del desarrollo. Sin embargo, estos niños acuden más frecuentemente a solicitar atención que los niños con otros trastornos psiquiátricos. Lo mismo ocurre con los niños que presentan psicosis (prevalencia 50/100.000), y trastornos de alimentación (prevalencia 3.3/100.000, 1/3 de los cuales mostraron compromiso médico). Estas patologías de comienzo temprano, son muy demandantes para los servicios.

En todas las culturas, existe una débil concordancia entre los distintos informantes (padres, profesores y niños). Se han observado variaciones en la percepción de necesidad de atención en distintas culturas.

Los estudios acerca de los niños que son referidos a salud mental, muestra que los problemas familiares determinan la referencia en mayor medida que la psicopatología del niño. Las necesidades insatisfechas son mayores en niños de bajo nivel socioeconómico y de familias con psicopatología parental, ya que los padres no perciben los problemas. Esto hace recomendable que los

adolescentes puedan tener acceso directamente a la atención. Es recomendable que los psiquiatras de adultos pregunten a sus pacientes por la salud mental de sus hijos^{2,48}.

La epidemiología ayuda a monitorear el grado en que los niños y adolescentes que necesitan tratamiento lo están recibiendo y apoyar la compleja tarea de medir la efectividad de los programas de tratamiento y prevención en “el mundo real”. Numerosos estudios han mostrado que una gran proporción de niños con T. mentales no recibe atención especializada, muchos de ellos son atendidos en otro tipo de servicios y una proporción importante no recibe ninguna atención. Un estudio amplio poblacional de niños con impedimento, mostró que 2/3 de ellos no habían estado en contacto con servicios médicos. Esta realidad refuerza la idea que los profesionales no especialistas deberían tener entrenamiento para detectar, tratar casos leves y derivar en forma oportuna a los servicios de salud mental a los niños que lo necesitan. No hay que olvidar la evidencia que muchos programas efectuados en otros ámbitos pueden promover la salud mental de los niños: entrenamiento de padres con hijos con T. de Conducta, medicación psicoestimulante para niños con TDAH, rehabilitación de los niños con problemas de lectura, promoción de destrezas sociales y emocionales en los colegios. Varias investigaciones señalan que el contacto con más de un tipo de servicio es común, y que la falla en trabajar efectivamente juntos ha limitado el desarrollo de los servicios de salud mental para niños.

Otros trabajos nos ayudan a entender quién recibe atención y porqué. Se han encontrado disparidades por edad: los adultos reciben mucho más tratamiento que los niños. Se debe considerar que los niños dependen de otras personas para recibir atención. Cuando hay servicios en los colegios, a veces los niños pueden buscar ayuda por si mismos. Los estudios de los niños que necesitan y reciben vs los que necesitan y no reciben tratamiento muestran que los niños tratados tenían mayor gravedad y deterioro de su condición clínica^{1,49}.

Un estudio británico mostró que el contacto

con los servicios de salud mental estaba determinado por tres factores: el impacto de la psicopatología en los padres, contacto previo con profesores o profesionales de salud primaria, y la percepción de los padres que el niño tiene problema⁵⁰. Además de la gravedad y discapacidad producida por la psicopatología, se relaciona el contacto con los servicios de salud mental con la presencia de comorbilidad y la persistencia del trastorno. La percepción de los padres y profesores es determinante.

En Finlandia, se compararon 3 momentos: 1989, 1999 y 2005. Los resultados mostraron que el uso de servicios había aumentado en esos 16 años de 4% a 12% en niños y de 1% a 4% en niñas. La mayoría de los niños y niñas que tenían puntajes altos en los instrumentos de tamizaje habían recibido apoyo en el colegio⁵¹. Respecto al género, la mayoría de los estudios no reporta diferencias, pero lo que lo hacen señalan que hay más niños que niñas consultantes.

La mitad de los trabajos informa sobrerrepresentación de los niños de minorías étnicas y la otra mitad una menor proporción. Lo mismo ocurrió con el nivel socioeconómico, lo cual se explica porque los niños de distintos estratos concurren a servicios distintos. En la mayoría de los estudios, el contacto con servicios de salud mental se asoció a mala salud física, mal rendimiento escolar, estructura familiar no tradicional, psicopatología parental y experimentar situaciones vitales estresantes. Sin embargo, en todos los casos, se asociaba también a la psicopatología del niño⁴⁹. El lugar donde el niño vive también influye, ya que en algunos lugares la provisión de servicios no es proporcional a la necesidad.

Los estudios de la necesidad insatisfecha (psicopatología con impedimento, y ausencia de contacto con servicios) está asociada a bajo nivel socioeconómico, psicopatología parental, problemas externalizados, familia numerosa y pertenencia a minorías étnicas. Otras barreras son: problemas económicos, falta de tiempo, dificultades de transporte, demoras inaceptables para ofrecer la atención, desconfianza con los servicios de

salud mental, malas experiencias previas y no saber donde acudir.

Existe suficiente evidencia de la eficacia a corto plazo de tratamientos farmacológicos y psicológicos para enfermedades psiquiátricas en los niños. Sin embargo, los estudios epidemiológicos han demostrado que esta eficacia es alta en manos de especialistas, siendo menor en el resto de los sistemas de salud. Se encontró correlación entre el número de sesiones especializadas y la mejoría del niño. Respecto al monitoreo del uso de medicamentos psicotrópicos, se observó que su uso aumentó 2 a 3 veces en personas menores de 20 años entre 1987 y 1996. Posteriormente se comprobó que las prescripciones no eran consistentes con las pautas de tratamiento recomendadas. En EE.UU., sólo el 11% del gasto en salud mental es destinado a la atención de niños; sin embargo, el diagnóstico y tratamiento en el nivel primario de salud ha aumentado notoriamente. Además, la investigación en niños está gravemente desfinanciada¹.

Para planificar los servicios es importante diferenciar cuales problemas pueden ser atendidos en el nivel primario y cuales necesitan atención por especialistas altamente entrenados. También se debe considerar cuando los sanadores tradicionales tienen un rol. Es más probable es que los problemas de salud mental sean abordados fuera de los servicios de salud mental que dentro de ellos.

Los estudios de los resultados de la atención de salud mental deben abarcar cuatro ámbitos: síntomas/diagnósticos, perspectivas del consumidor, ambientes y sistemas. Un metanálisis de la investigación hasta 1996 mostró que existían numerosos estudios, pero sólo 38 cumplían criterios científicos⁴⁹. La escasa literatura sobre la efectividad de los servicios habituales, entrega evidencia inconsistente de resultados positivos después de haberlos recibido⁵².

Discusión

Los datos disponibles en Psiquiatría de niños y adolescentes son escasos comparados con los

de adultos. Sin embargo, se observa que la magnitud del problema es similar en diversos países, siendo el acceso a los servicios especializados menor en niños y adolescentes que en adultos. Es fundamental realizar estudios con metodología comparable entre distintos países, utilizando instrumentos estandarizados validados internacional y localmente. El desafío es realizar planes y programas de salud mental basados en datos objetivos, para lograr llenar la brecha de necesidades insatisfechas. En los países latinoamericanos, la información es más escasa aún, existiendo da-

tos de algunas ciudades. El estudio de escolares chilenos no es comparable con los estudios que utilizan entrevistas estructuradas. Sin embargo, una serie de mediciones dimensionales que incluyó han servido de base para programas en marcha a gran escala en Educación.

La presente revisión de estudios epidemiológicos sobre trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, se efectuó como una forma de reunir antecedentes para el primer estudio nacional que está llevándose a cabo en Chile (proyecto FONCECYT N° 1070519).

Resumen

El objetivo de esta revisión es actualizar la información sobre epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, incluyendo estudios realizados en países de habla hispana y latinoamericanos. Se revisan los puntos de vista actuales y la evidencia de validez transcultural de los constructos nosológicos en psiquiatría del niño y adolescentes. Se muestra la evidencia surgida de entrevistas estructuradas y de enfoques combinados dimensionales/categoriales. Las cifras de prevalencia varían entre 5 a 22%, dependiendo de la metodología, tipo de entrevista, muestras e inclusión del criterio de discapacidad. Un estudio a nivel nacional efectuado en la Gran Bretaña, mostró 9,7% de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. En EE UU se han efectuado varios estudios regionales, algunos colaborativos, y se ha iniciado el primer estudio nacional en adolescentes. En Puerto Rico se reportó una prevalencia de 19,8%, que se ajustó a 6,9% al añadir el criterio de impedimento. En Taubaté, Brazil, se encontraron 12,7% de diagnósticos completos y 3,5% subsindromáticos. En Ciudad de México se informó un 39,9% de trastornos psiquiátricos, 1/4 de los cuales eran leves, la 1/2 moderados y 1/5 graves. En Chile, un estudio de niños escolares de Santiago mostró 15,7% de prevalencia, medida con una entrevista clínica y utilizando criterios CIE-10 sindromáticos y de impedimento. Se resume la utilidad de la epidemiología para estudiar la prevalencia, carga de salud, necesidad y uso de servicios. Se comenta la importancia de contar con este tipo de información para diseñar programas de prevención y tratamiento.

Palabras clave: *Epidemiología- psiquiatría de niños y adolescentes-trastornos psiquiátricos. Se comentan.*

Referencias

1. Costello J. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 44: 10, 972-86.
2. Rutter M, Stevenson J. Using epidemiology to plan services: a conceptual approach. In Rutter's *Child & Adolescent Psychiatry*, Fifth Edition, Blackwell Publishing 2008 p. 71- 80.
3. Ford T. Practitioner review: how can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49: 9, 900-14.
4. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(3): 226-36.
5. Szatmari P. Editorial. More than counting milestones in child and adolescent psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48 (4): 353-5.
6. WHO (2005). Atlas child and adolescent mental health resources global concerns: Implications for the future. <http://www.who.int/mental-health/resources/Child-ad-atlas.pdf>.
7. Helzer J, Kraemer H, Krueger R. The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine* 2006; 36: 1671-80.
8. Canino, Alegría M. Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49 (3): 237-250.
9. Achenbach T, et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008, 49 (3): 251-75.
10. Rescorla L A, Achenbach T M, Ivanova M Y, et al. Behavioural and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders*, 2007; 15: 130-42.
11. Polanczyk G, Silva de Lima M, Horta B L, et al. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 942-8.
12. Bird H R. The diagnostic classification, epidemiology and cross-cultural validity of ADHD. In P.S. Jensen and J.Cooper (Eds.) *Attention-deficit hyperactivity disorder: state of the science, best practices*. P.21-1-12-36. Kingston NJ: Civic Research Institute. 2002.
13. Rutter M, Nikapota A. Sociocultural/ethnic groups and psychopathology. En Rutter's *Child & Adolescent Psychiatry*, Fifth Edition, Blackwell Publishing 2008. Ch.15, p. 199-211.
14. Mohler B. Cross-cultural issues in research on child mental health. En *Cultural and societal influences in child and adolescent Psychiatry*. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2001; 10 (4): 763-76.
15. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. The prevalence of Child psychiatric disorders in South East Brazil. *J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 727-34.
16. Bird H. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1996; 37: 35-49.
17. Wakschlag L W, Leventhal B L, Thomas J, et al. Disruptive behavior disorders and ADHD in preschool children: characterizing heterotypic continuities for a developmentally informed nosology for DSM-V. In W.E. Narrow, M.B. First , P.J.Sirovatka & D.A. Regier (Eds.) *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis*. Ch. 20, 243-257. Arlington V: American Psychiatric Publishing, Inc. 2007.
18. Angold A, Costello J, Farmer E, et al. Impaired but undiagnosed. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (2): 129-37.
19. Zero to Three. *Diagnostic classification 0-3R. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition*. Washington DC: Zero to Three Press. 2005.
20. Rutter M, le Couteur A, Lord C. *Autism Diagnostic Interview revised (ADI-R)*. Los Angeles CA: Western Psychological Services. 2003.
21. Lord C, Rutter M, Di Lavore P C, et al. *Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)*. Los Angeles CA: Western Psychological Services. 2003.

22. Frick P J. Special selection: temperament and childhood psychopathology. Integrating research on temperament and childhood psychopathology: Its pitfalls and promises. *Journal of Clinical and Adolescent Psychology* 2004; 33: 2-7.
23. Angold A, Costello J. Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50 (1-2): 9-15.
24. Roberts R E, Attkinson C C, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal Psychiatry* 1998; 155: 715-25.
25. Patel V, Flisher A J, Hetrick S, *et al.* Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-13.
26. Costello E J. Preventing child and adolescent mental illness: the size of the task. In *reducing risks child and adolescent mental disorders*. Institute of Medicine of the national academies. The National Academies Press, Washington DC. 2008.
27. Canino G, Shrout P, Rubio-Stipec M, *et al.* The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93.
28. Schaffer D, Fischer P, Lucas C, *et al.* NIMH Diagnostic interview schedule for Children Version IV: Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39 (1): 28-38.
29. Goodman R, Ford T, Richards H. The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41 (5): 645-55.
30. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003; 42 (10): 1203-11.
31. Goodman R, Slobodskaya H, Knyasev G. Russian child mental health; a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2005; 14: 28-33.
32. Heiervang E, Stormark K, Lundervold A, *et al.* Psychiatric disorders in Norwegian 8-10 year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46 (4): 438-47.
33. Goodman R, Neves Dos Santos N, Robatto Nunez A, *et al.* The Ila da Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 11-17.
34. Mullick M, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 663-71.
35. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M E, *et al.* Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50 (4): 386-95.
36. Kessler R C, Ustun T B. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004; 13: 93-121.
37. Merikangas K, Avenevoli S, Costello J, *et al.* National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). : Background and measures. *J Am A Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48 (4): 367-79.
38. Goodman R, Ford T, Gatward R, *et al.* Using the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Int Rev Psychiatry* 2003; 15: 166-72.
39. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey. <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>. 2007.
40. Kessler R, Avenevoli S, Costello J, *et al.* National Comorbidity Replication Survey (NCS-A). I: view and design. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48 (4): 380-5.
41. Kessler R, Avenevoli S, Geen J, *et al.* National Comorbidity Replication Survey (NCS-A). III: Concordance of DSM/IV CIDI diagnoses with clinical reassessments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48 (4): 386-99.
42. de la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. IV: desórdenes psiquiátri-

- cos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2004; 42 (4): 259-72.
43. Vicente B, Valdivia S, Rioseco P, *et al.* Epidemiología de los Trastornos Mentales infanto-juveniles en la provincia de Iquique. Abstract Congreso Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia 2008. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc Sppl* 2009; p. 75.
 44. Vicente B, Valdivia S, Rioseco P, *et al.* Epidemiología de los Trastornos Mentales infanto-juveniles en la provincia de Cautín. Abstract Congreso Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia 2008. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc Sppl* 2009; p. 76.
 45. Angold A, Costello J, Erkanli A. Comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 40 (1): 57-87.
 46. Costello E J, Mustillo S, Erkanli A, *et al.* Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-44.
 47. Costello E J, Egger H L, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders. In *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents. A clinical guide to effective psychosocial and pharmacologic interventions.* Ollendick T, March J. Eda. New York Oxford University Press 2004.
 48. Ford T. Practitioner review: how can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49 (9): 900-14.
 49. Jensen P, Hoagwood K, Petti T. Outcomes of mental health care for children and adolescents. II: Literature review and application of a comprehensive model. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35 (8): 1064-77.
 50. Ford T, Hamilton H, Seltzer H, *et al.* Predictors of service use for mental health problems among British schoolchildren. *Child & Adolescent Mental Health* 2008; 13 (1): 32-40.
 51. Sourander A, Niemela S, Santalahti P, *et al.* Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16-year population-based time-trend study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47 (3): 317-27.
 52. Angold A, Costello E J, Burns B J, *et al.* Effectiveness of non-residential specialty mental health services for children and adolescents in the "real world". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 154-60.

Correspondencia:
 Flora de la Barra M.
 E-mail: torbarra@gmail.com