

Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género

Esperanza Navarro-Pardo, Juan Carlos Meléndez Moral, Alicia Sales Galán y M^a Dolores Sancerni Beitia
Universidad de Valencia

A pesar del incremento en las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos en la infancia y adolescencia, son pocos los trabajos con muestras amplias y representativas de niños y adolescentes con síntomas psicopatológicos. El presente trabajo analiza 588 sujetos derivados por los pediatras de Atención Primaria a una unidad especializada de Salud Mental de Infancia y Adolescencia. Como resultados se observan relaciones significativas entre edad y diagnóstico, de modo que de 0-5 años la mayor incidencia se da en trastornos de conducta, comunicación, eliminación, control de impulsos y trastornos generalizados del desarrollo; entre 6-11 aparecen también los trastornos de conducta seguidos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH); entre 12-15 años, trastornos de conducta y de ansiedad; y de 16 hasta 18 años, trastornos de conducta. Respecto al género, existe relación significativa con el diagnóstico, con mayor incidencia en los chicos de los trastornos de la conducta, y de ansiedad en las chicas. Como conclusiones, se indica la existencia de relación entre trastornos y adquisiciones evolutivas en el grupo de menor edad, y mayor incidencia de trastornos externalizantes en chicos e internalizantes en chicas en todos los grupos de edad.

Child and adolescent development: Common mental disorders according to age and gender. Despite the increase in the incidence and prevalence rates of children and adolescents' mental disorders, there are few works performed with large and representative samples of children and adolescents with psychopathological symptoms. The present work analyses 588 participants referred by first care pediatricians to a specialized unit for children and adolescents' mental health. As a result of the study, a statistically significant relation was found between age and diagnosis: a larger incidence of behavioral disorders, communication disorders, elimination disorders, pervasive developmental disorders, impulse-control disorders from 0 to 5 years; behavioral disorders and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) were more common from 6 to 11 years, behavioral and anxiety disorders were more likely at 12 to 15 years; and, lastly, behavioral disorders were more prevalent from 16 to 18 years. With respect to gender, there was a significant relationship with diagnosis: boys had more behavioral disorders, whereas girl had more anxiety disorders. To conclude, a relationship between mental disorders and developmental achievements could be indicated in the younger group. Additionally, externalizing disorders in boys and internalizing ones in girls were more prevalent across all ages.

El aumento progresivamente más marcado de los trastornos psicológicos en la infancia, así como su incidencia creciente, ha llevado a una mayor preocupación por parte de los profesionales de la salud y a profundizar en el estudio de este grupo de población (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 2000; Ten y Pedreira, 1988). Además, al ser un período en el que existe mayor plasticidad y se dan más cambios evolutivos, resulta relevante su detección precoz, diagnóstico y tratamiento para mejorar el pronóstico (Caraveo-Anduaga, Colmenares-Bermúdez y Martínez-Vélez, 2002; Jiménez Pascual, 2002).

El desarrollo psicológico infantil y adolescente sigue una pauta marcada principalmente por las influencias normativas relaciona-

das con la edad (Baltes, 1998); conociendo la edad se pueden hacer predicciones sobre sus procesos de desarrollo. Esta pauta evolutiva está influenciada principalmente por determinantes biológicos y ambientales que mantienen una alta correlación con la edad cronológica, y es la etapa en la que se producen más cambios en menos tiempo (Rodríguez-Hernández et al., 2007). Conocer estos patrones normativos es importante para detectar alteraciones, realizar el diagnóstico diferencial y determinar si se trata de alguna entidad patológica o son adaptaciones evolutivas a acontecimientos vitales estresantes.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 10 y el 20%, existiendo importante variabilidad en las cifras encontradas en diversos estudios (Alday et al., 2005; Pedreira y Sardinero, 1996), variando entre el 7 y el 30,2%.

Valero y Ruiz (2003) señalan que, del total de la muestra, un 8,5% presentaba trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, y el diagnóstico más frecuente era el trastorno del com-

portamiento y de las emociones (F90-98 de la CIE-10), con una incidencia del 66,1%. Se observó una mayor proporción de chicos, siendo significativas las diferencias, aspecto que corrobora Valencia-García y Andrade-Palos (2005), en el que la mayoría de las problemáticas presentadas en los niños se podrían circunscribir a los problemas de conducta.

En otro estudio (Aláez et al., 2000), siguiendo la clasificación de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (OMS, 1993), se observa que son los trastornos de conducta los diagnosticados con más frecuencia (un 23%), seguidos de los depresivos (14,6%), los de ansiedad (13,3%), los específicos del desarrollo (12,7%) y los de eliminación (9,7%). Respecto a los trastornos depresivos y de ansiedad, si tomamos en conjunto las dos categorías, dada su alta comorbilidad, existe en torno a un 28% de sujetos con ambos diagnósticos.

Se encuentra una correlación alta entre el tipo de trastorno y la edad, a mayor edad, menos trastornos de conducta y eliminación (Baeyens, Roeyers, Walle y Hoebcke, 2005) y más trastornos del estado de ánimo y de alimentación (Aláez et al., 2000). Respecto al género, según López-Soler, Castro Sáez, Alcántara López, Fernández y López Pina (2009) existen, en varones de 6 a 12 años, porcentajes más elevados de indicadores psicopatológicos externalizantes que en niñas. Del mismo modo, el trabajo transcultural de Crijnen, Achenbach y Verhulst (1997) mostró que los niños obtienen puntuaciones más altas en alteraciones externalizantes y más bajas en internalizantes.

La incidencia de trastornos en población infantil es poco conocida por la inexistencia de instrumentos estandarizados que posean significación pronóstica (Pedreira, 2000), por la existencia de distintos enfoques teóricos que llevan a diferentes diagnósticos o tratamientos y por el manejo de varias clasificaciones criterios taxonómicas. Además, habría que sumar la complicada tarea de evaluar, diagnosticar y tratar a este grupo poblacional que, por su menor desarrollo y madurez general y, específicamente, del lenguaje, se ve en muchos casos dificultada.

Dada la importancia de los trastornos en la infancia y adolescencia por su gran impacto y repercusión en el rendimiento académico (Terán, Vázquez y Pérez, 1995), es importante conocer su incidencia. Por tanto, como objetivo del presente trabajo, se plantea describir la incidencia de diferentes trastornos psicopatológicos en la infancia y adolescencia en una muestra de pacientes derivados desde pediatría de Atención Primaria y atendidos en una unidad especializada de Salud Mental de Infancia y Adolescencia (USMIA), y su relación con la edad y el género, partiendo de la hipótesis de que los trastornos de conducta se darán en mayor medida en los varones y en las primeras etapas, mientras que los trastornos internalizantes serán más frecuentes en las mujeres y en etapas más avanzadas. Además, se prevé que los trastornos de conducta sean los más frecuentes en la infancia y adolescencia, concretamente el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Dado que la mayoría de los estudios en el ámbito sanitario utilizan la CIE-10 para la evaluación y diagnóstico de los pacientes pero resulta un instrumento menos específico en cuanto a salud mental, en el presente trabajo se analizan los datos como plantea el *DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)*, puesto que encontramos una clasificación diagnóstica criterial con una sección específica para los *trastornos de la infancia, niñez, o adolescencia*.

Método

Participantes

Se trata de un diseño *ex post facto* retrospectivo en el que todos los sujetos eran pacientes de la Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia. La muestra cuenta con 588 sujetos atendidos entre 2005 y 2009. El criterio de inclusión fue el establecimiento por parte de la USMIA de presencia de algún trastorno psicopatológico; un 20,1% de los pacientes fueron clasificados como "sin diagnóstico psiquiátrico". Por lo que se refiere al 79,9% de los sujetos con diagnóstico, un 61,6% eran varones y un 38,4% mujeres. Respecto a la edad, los participantes oscilaban entre 1 y 18 años, siendo la media de 13,06 y la desviación típica de 3,9 (12,53±4,17 hombres y 13,79±3,9 mujeres). La edad se dividió en cuatro grupos ajustados a las etapas escolares, quedando distribuidos de 0-5 años, 18 sujetos (3,8%) con un 72,2% de varones, de 6-11 años, 138 sujetos (29,4%) con un 70,8% de varones, de 12-15 años, 178 sujetos (37,9%) con un 57,6% de varones y de 16-18 años, 136 sujetos (28,9%) con un 56% de varones. Todos los padres o tutores legales cumplieron el consentimiento.

Procedimiento

Los participantes fueron derivados por los pediatras de Atención Primaria de las localidades del Departamento 10 de la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana a la Unidad de Salud Mental de Infancia y Adolescencia de referencia, en Catarroja (Valencia), y evaluados por la psicóloga especialista en Psicología Clínica. Los casos de especial complejidad diagnóstica eran evaluados en sesiones clínicas conjuntas realizadas por el equipo multidisciplinar del área. Para el diagnóstico se consideró, además de la información proporcionada por cuestionarios e inventarios, la obtenida del paciente durante la entrevista y la proporcionada por familia y escuela. En caso de discrepancia en la información, se establecía un diagnóstico provisional. Posteriormente se recababa mayor información hasta establecer el diagnóstico definitivo, a partir del cual eran incluidos en este trabajo. Se ha tenido en cuenta exclusivamente el diagnóstico principal del Eje I del DSM-IV.

Instrumentos

Se evaluó a los sujetos mediante entrevista clínica en la USMIA, tanto al paciente como a sus familiares o cuidadores, y a partir de los síntomas observados se aplicaron instrumentos de evaluación estandarizados, cumplimentándose de este modo la historia clínica. Con ello, y en función de los criterios diagnósticos del DSM-IV, se establecía el diagnóstico clínico.

- Historia clínica elaborada por la propia USMIA, donde se recopilan datos biográficos, escolares, psicosociales y familiares, como el estilo y modo de vida, embarazo, parto y desarrollo (desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, control de esfínteres, alimentación, sueño, historia sexual, sociabilidad...), personalidad (rasgos, aficiones, preferencias...), historia médica (antecedentes personales y familiares, historia neurológica, intervenciones previas...), motivo de consulta y descripción del cuadro clínico, evolución del paciente y tratamiento.

- Pruebas generales en primeras visitas. Los más utilizados fueron el Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ), Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ) y Cuestionario de Personalidad para Adolescentes (HSPQ), así como el Cuestionario de Autoestima (AF-5).
- Pruebas específicas en función de síntomas observados. Para los trastornos generalizados del desarrollo, el Cuestionario de Comunicación Social (SCQ); para el TDAH, la escala abreviada SNAP-IV y la Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH); para trastornos de conducta el CBCL (*Child Behavior Checklist*); el Inventario de trastornos de la conducta alimentaria (EDI-2) para los de alimentación; para trastornos del estado de ánimo el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI); si aparecían síntomas de ansiedad, el Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), y diversos registros en función de la edad para los demás trastornos. Los datos relacionados con trastornos del aprendizaje, comunicación y retraso mental venían derivados de los centros escolares y servicios psicopedagógicos, no existiendo homogeneidad en el tipo de prueba empleada.

Análisis de datos

Para el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el programa SPSS-17. Para analizar las relaciones entre diagnóstico, edad y género han sido realizadas pruebas chi-cuadrado mediante remuestreo Monte Carlo y como medida del tamaño del efecto se calculó el coeficiente de contingencia (C). Además, en los casos en que se observaron diferencias estadísticamente significativas se calcularon residuos tipificados corregidos para examinar las casillas de las tablas responsables de la asociación, considerándose significativos aquellos residuos que fueran mayores a 2 (Aláez et al., 2000).

Resultados

Como primer dato destacaremos (tabla 1) que son los trastornos de conducta los que mayor porcentaje obtienen, seguidos de los trastornos de ansiedad, los TDAH y los de eliminación. Estas cuatro categorías suponen el 57,9% de los diagnósticos establecidos.

En cuanto a la edad y tipo de diagnóstico observamos (tabla 2) que el grupo de 0-5 años posee la mayor incidencia en trastornos de conducta, seguido de trastornos de comunicación, trastornos generalizados del desarrollo (TGD), de eliminación y de control de impulsos. En el grupo de 6-11 años, si bien los trastornos de conducta siguen manteniendo el mayor porcentaje, los trastornos de eliminación obtienen un porcentaje similar y además aparecen nuevos diagnósticos de trastornos asociados a la edad como el TDAH y de ansiedad. Esta misma tendencia se repite en el grupo de 12-15 años, siendo los trastornos de conducta los que mayor incidencia tienen, seguidos de los de ansiedad, que muestran un claro aumento, los de eliminación y el TDAH. Finalmente, en el grupo de 16-18 años, los trastornos de conducta y ansiedad siguen manteniendo niveles altos, apareciendo claramente los trastornos relacionados con conductas alimentarias.

Algunos trastornos tienen poca frecuencia de aparición en diferentes grupos de edad (tabla 2). Esto dificulta comprobar si existe relación entre edad y tipo de trastorno, pues la prueba estadística a aplicar es muy sensible a las celdillas de dicha ta-

bla con un número de observaciones inferiores a 5. Sin embargo, se consideró interesante estudiar esta relación, para lo que se utilizaron las categorías diagnósticas en las que la frecuencia de aparición fue mayor, agrupando las demás en “otros trastornos”. Se utilizaron las categorías diagnósticas TGD, trastorno de conducta, de eliminación y trastorno de control de impulsos, además de la categoría “sin diagnóstico” y la mencionada “otros trastornos”. La prueba χ^2 estableció relaciones significativas entre la edad y el diagnóstico ($\chi^2_{15} = 33,754$; $p < 0,004$). El tamaño del efecto indica la intensidad de la relación y lo obtenemos con el coeficiente de con-

Tabla 1
Prevalencia de trastornos en el Eje I

	N	Porcentaje
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. aliment.	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 ánimo	14	3,0
Tr. ansiedad	77	16,4
Tr. somatomorfo	6	1,3
Tr. sueño	12	2,6
Tr. contr. impulsos	18	3,8
Problemas relación	15	3,2
Otros trastornos	45	9,6
Total	470	100,0

Tabla 2
Porcentaje de trastornos en el Eje I en función de la edad

	Hasta 5 años	6 a 11 años	12 a 15 años	Más de 15 años
Retraso mental	0,00	0,72	1,12	2,21
Tr. aprendizaje	5,56	2,90	0,56	0,74
Tr. comunicación	11,11	2,17	0,00	1,47
TGD	11,11	4,35	2,25	0,74
TDAH	5,56	19,57	8,43	5,88
Tr. conducta	22,22	22,46	22,47	19,12
Tr. cond. aliment.	5,56	0,00	2,81	9,56
Tics	5,56	0,72	2,81	3,68
Tr. eliminación	11,11	12,32	10,67	3,68
Otros tr. infancia	5,56	5,07	3,93	0,74
Tr. psicóticos	0,00	0,72	1,69	2,94
Tr. estado ánimo	0,00	0,72	3,93	4,41
Tr. ansiedad	5,56	12,32	21,35	15,44
Tr. somatomorfo	0,00	1,45	1,12	1,47
Tr. sueño	0,00	4,35	1,69	2,21
Tr. contr. impulsos	11,11	2,17	3,93	4,41
Problemas relación	0,00	2,17	3,37	4,41
Otros trastornos	0,00	5,80	7,87	16,91

tingencia C, calculado tras rechazar la hipótesis nula con el cálculo de χ^2 (al rechazarla concluimos que hay relación entre edad y trastorno). Este valor fue $C = 0,233$. Al ser un coeficiente entre 0 y 1, el valor obtenido indica una relación moderada, en el sentido de que los niños con más edad tienen mayor incidencia de trastornos.

A pesar de ello podemos observar (figura 1) cómo son las relaciones entre los trastornos y las categorías de edad a partir de los residuos tipificados corregidos. En el caso del TGD, los residuos tipificados muestran mayor incidencia para los niños hasta 10 años ($z = 2,6$) y menor incidencia en el grupo de 12-15 años ($z = -2,1$).

Los trastornos de conducta no presentan incidencia diferente en función de la edad (z oscila entre $-0,6$ y $-0,1$). En los de eliminación, disminuye la incidencia a partir de los 15 años ($z = -2,5$). En los de control de impulsos hay mayor incidencia en el grupo de 12-15 años ($z = 2$). En la categoría "otros trastornos", la menor incidencia está entre los 6-11 años ($z = -2,2$), aumentando a partir de los 15 años ($z = 3,9$).

En relación al género y al tipo de diagnóstico establecido, se puede observar (tabla 3) que, si bien en algún diagnóstico coinciden ambos géneros, existen diferentes tasas de incidencias. En los

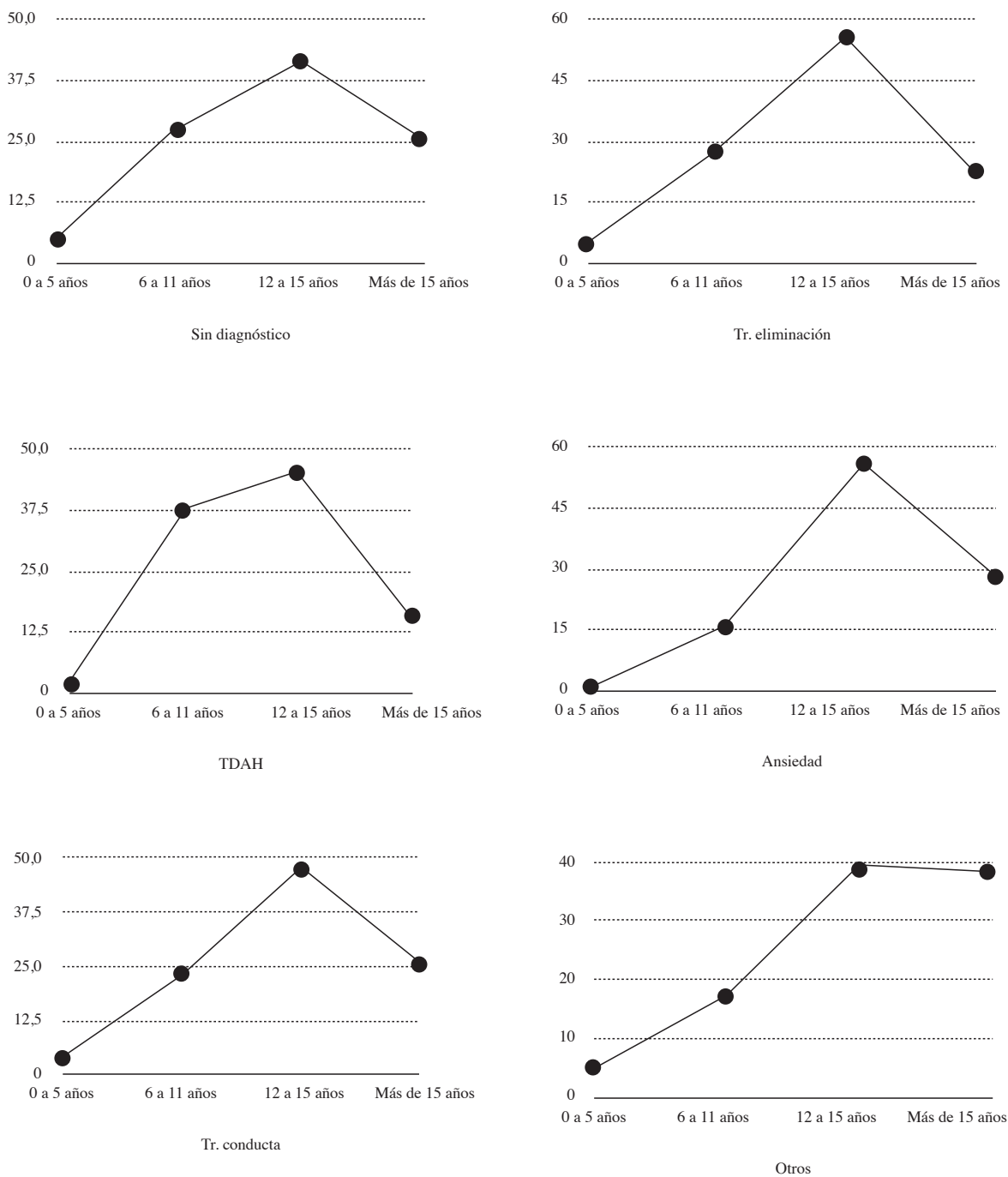


Figura 1. Porcentaje de sujetos con diagnóstico en los grupos de edad de los residuos tipificados corregidos

varones, son los trastornos de conducta los de mayor porcentaje, seguido de los TDAH, los de ansiedad, los de eliminación y otros trastornos. En las mujeres, son los trastornos de ansiedad los que mayor incidencia tienen, seguidos de los de conducta, otros trastornos, los de eliminación y los de conducta alimentaria.

La prueba χ^2 también estableció una relación significativa entre género y diagnóstico establecido ($\chi_{15}^2 = 63,204$; $p < 0,001$; $C = 0,346$). En relación a los residuos tipificados corregidos, se establecieron relaciones significativas. En los varones se observaron estas relaciones en TDAH ($z = 3,4$) con una incidencia del 84% y en los trastornos de conducta ($z = 3,0$) con el 74,3%. En las mujeres se hallaron relaciones significativas en los trastornos de la conducta alimentaria ($z = 3,7$), presentando una incidencia del 78,9%, trastornos del estado de ánimo ($z = -2,0$), con el 64,3%, trastornos de ansiedad ($z = 3,7$), con un 57,1%, y en los del control de los impulsos ($z = 2,0$), con un 61,7% de incidencia.

Discusión y conclusiones

Los datos obtenidos son coherentes con los de otras investigaciones. En este sentido, algunos trabajos (Bragado et al., 1995; Aláez et al., 2000) indican que los trastornos más diagnosticados son los conductuales (34,7%), seguidos de los de ansiedad (26,7%) y de eliminación (11,6%).

En otros estudios (Castro y Lago, 1996) la prevalencia de trastornos psiquiátricos, con una muestra de entre 0 y 17 años, mantiene una distribución similar a la obtenida en este trabajo, con 25,4% de trastornos de ansiedad, 23,7% de conducta, 13,6% trastornos afectivos, 13,4% trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje, y 10,2% de eliminación. Palazón (1998), con una muestra de 0 a 14 años, presentó resultados similares en los trastornos específicos del desarrollo y retraso mental y en los de eliminación.

Por el contrario, y teniendo en cuenta las diferencias muestrales de edad, se informa en este trabajo de un mayor porcentaje de trastornos del estado de ánimo y ansiedad y menor en trastornos de conducta. En relación al TDAH, la incidencia obtenida se encuentra dentro de los límites señalados (Skounti, Philalithis y Galanakis, 2007) en el metaanálisis realizado con 39 estudios de diversos países en el que se establece una prevalencia de entre 2,2 y 17,8%.

En el presente trabajo, encontramos la conexión entre ciertos trastornos y determinados períodos de edad, es decir, trastornos que son más típicos de una edad determinada, así como también incidencias diferentes en función del género, relación que también ha sido hallada en otros estudios (Aláez et al., 2000; Bragado et al., 1995; Pedreira, Rodríguez-Sacristán y Zaplana, 1992; Rivas, Vázquez y Pérez, 1995; Taboada, Ezpeleta y De la Osa, 1998).

Respecto a la edad, podemos observar distinta incidencia de los diferentes trastornos en las diferentes etapas. Así, en el ciclo infantil (0-5 años) predominan los trastornos de conducta, de comunicación, los TGD, los de eliminación y los de control de impulsos; en la fase de 6-11 años destacan los trastornos de conducta, con la mayor incidencia, y el TDAH. En la etapa de 12-15 años se mantienen los trastornos de conducta, si bien destaca el claro aumento de los de ansiedad, probablemente relacionados con la importancia que tiene en estas etapas un buen autoconcepto y autoestima para las relaciones sociales positivas y el ajuste psicosocial (García-López, Piqueras, Díaz-Castela e Inglés, 2008; Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011; Olivares Rodríguez et al., 2003). Ésta es la etapa en la que destacan los trastornos de alimentación.

Podemos observar cómo en las primeras etapas predominan especialmente los trastornos funcionales, vinculados a los hitos evolutivos propios de la edad (Baeyens et al., 2005). En períodos intermedios destacan de forma relevante los trastornos de conducta y el TDAH, probablemente relacionado con un menor autocontrol, así como una menor asunción de los límites y normas, lo cual puede dificultar la relación parento-filial (Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña, 2005). Finalmente, en el rango de mayor edad destacan los trastornos de ansiedad, ya sea por la mayor exigencia o nivel académico, los diversos cambios físicos, psicológicos y hormonales de la pubertad o por la creciente interacción, relación de intimidad y compromiso entre iguales (Aláez et al., 2000; Bragado et al., 1995). Por motivos similares destacan también los trastornos de conducta alimentaria, aunque en este caso no solo influyen los cambios psicofisiológicos, sino también las normas culturales, la sobrevaloración de la apariencia física y la importancia de la imagen y autoestima corporal (Perpiñá y Borra, 2010).

Respecto al género, en los chicos predominan TDAH (84%) y trastornos de conducta (74,3%). En las chicas encontramos trastornos de la conducta alimentaria (78,9%), del estado de ánimo (64,3%), del control de impulsos (61,7%) y de ansiedad (51,1%).

Así, podemos apreciar el predominio de trastornos externalizantes en los varones y sintomatología más internalizante en mujeres (Lozano y García-Cueto, 2000; Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz, 2009) debido, entre otros factores, a las diferentes pautas de desarrollo, interacción con los padres, ambiente, cultura y educación familiar que encontramos todavía en la sociedad occidental (Valencia-García y Andrade-Palos, 2005), lo cual explicaría el mayor porcentaje de trastornos en varones, pues son los trastornos de conducta los que obtienen el mayor porcentaje de incidencia.

Como puede observarse a través de diferentes trabajos, existen tres tendencias en la incidencia de los trastornos. Por una parte, una disminución de las patologías no filiadadas (como los retrasos

Tabla 3
Porcentaje de trastornos en el Eje I en función del género

	Varones	Mujeres
Retraso mental	1,7	0,6
Tr. aprendizaje	2,1	0,6
Tr. comunicación	1,7	1,1
TGD	3,8	1,1
TDAH	14,6	4,5
Tr. conducta	26,1	14,5
Tr. cond. aliment.	1,4	8,4
Tics	3,1	1,7
Tr. eliminación	9,1	8,9
Otros tr. infancia	3,8	2,8
Tr. psicóticos	1,7	1,7
Tr. estado ánimo	1,7	5,0
Tr. ansiedad	11,5	24,6
Tr. somatomorfo	1,4	1,1
Tr. sueño	3,5	1,1
Tr. contr.impulsos	2,4	6,1
Problemas relación	2,4	4,5
Otros trastornos	7,7	11,7

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 (Ramos, 2007; Ramos y Márquez, 2000). En relación a los trastornos con base orgánica, como los psicóticos, se observan pocas oscilaciones en cuanto a incidencia y prevalencia (Benítez, Chávez y Ontiveros, 2005; Tizón et al., 2008). Por último, en aquellos en los que las variables ambientales y contextuales, como convenciones sociales y pautas educativas, podrían mediar como elementos de contención, se observa, por el contrario, un aumento de la incidencia, como es el caso de los trastornos de conducta y los de ansiedad.

Estos resultados reafirman la importancia del trabajo de detección precoz de los trastornos mentales desde la atención temprana (Jiménez Pascual, 2002) y su derivación a unidades especializadas

de salud mental, con lo que se hace necesario una posterior tarea de coordinación entre el sistema escolar y el sanitario para la evaluación y tratamiento y la realización de un seguimiento multidisciplinar (Giné, Gràcia, Vilaseca y García-Díez, 2006).

Como primera limitación a este trabajo se debe señalar la dificultad para el establecimiento de diagnósticos clínicos en la infancia y adolescencia dada la diversidad de fuentes de información. Como segunda, cabe señalar que la submuestra de niños menores de 5 años es pequeña, comparativamente con el resto de etapas; esto puede deberse a la dificultad intrínseca de detección de síntomas y diagnóstico a edades tan tempranas. En un futuro, parece interesante estudiar la muestra de forma longitudinal para conocer la evolución de las patologías, aspecto que favorecería el conocimiento de la prevalencia de los diagnósticos clínicos en infancia y adolescencia.

Referencias

- Alález, M., Martínez-Arias, R., y Rodríguez-Sutil, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y género. *Psicothema*, 12, 525-532.
- Alday, J., Alonso, V., Fernández-Calatrava, B., García-Baró, R., González-Juárez, C., Pérez-Pérez, E., y Poza, A. (2005). Variaciones del consumo de recursos ambulatorios en la atención especializada de salud mental a niños y adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19, 448-455.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR (texto revisado)*. Barcelona: Masson.
- Baeyens, D., Roeyers, H., Walle, J., y Hoebeke, P. (2005). Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: A literature review. *European Journal of Pediatrics*, 164, 665-672.
- Baltes, P.B. (1998). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Development Psychology*, 23, 611-626.
- Benítez, C.E., Chávez, L.E., y Ontiveros, U.M.P. (2005). Crianza y esquizofrenia. *Salud Mental*, 28, 59-72.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabé, R., Loriga, A., y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6, 67-82.
- Caraveo-Anduaga, J.J., Colmenares-Bermúdez, E., y Martínez-Vélez, N.A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44, 492-498.
- Castro, M., y Lago, S. (1996). Estudio da demanda dos usuarios de saude mental: Unidade de saude mental II de Carranza-Ferrol. *Cadernos de Psicología*, 20, 35-45.
- Crijnen, A.A., Achenbach, T.M., y Verhulst, F.C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1269-1277.
- Fuentes, M.C. García, J.F., Gracia, E., y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23, 7-12.
- García-López, L.J., Piqueras, J.A., Díaz-Castela, M.M., Inglés, C.J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología Conductual*, 16, 501-533.
- Giné, C., Gràcia, M., Vilaseca, R., y García-Díez, M.T. (2006). Repensar la atención temprana: propuestas para un desarrollo futuro. *Infancia y Aprendizaje*, 29, 297-313.
- Jiménez, A.M. (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22, 115-126.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., Fernández, V., y López, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.
- Lozano, L., y García-Cueto, E. (2000). El rendimiento escolar y los trastornos emocionales y comportamentales. *Psicothema*, 12, 340-343.
- Montiel-Nava, C., Montiel-Barbero, I., y Peña, J.A. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13, 297-310.
- Olivares, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa, A.I., y López-Gollo-net, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual*, 11, 405-427.
- Organización Mundial de la Salud (1993). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
- Palazón, I. (1998). Salud mental infantil: patologías más frecuentes en Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18, 545-553.
- Pedreira, J.L. (2000, junio). *La evaluación de los trastornos mentales en Atención Primaria*. Ponencia presentada en el 49º Congreso de la Asociación Española de Pediatría, Tenerife, España.
- Pedreira, J.L., y Sardinero, E. (1996). Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en Atención Primaria Pediátrica. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24, 173-190.
- Pedreira, J.L., Rodríguez-Sacristán, J., y Zaplana, J. (1992). Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental infanto-juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12, 275-282.
- Perpiñá, C., y Borra, C. (2010). Estima corporal y burlas en mujeres con atracones: desarrollo de una imagen corporal negativa. *Psicología Conductual*, 18, 91-104.
- Ramos Sánchez, I. (2007). Detección y diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo psicomotor. *Vox Pediátrica*, 15, 36-43.
- Ramos Sánchez, I., y Márquez Luque, A. (2000). Recién nacido de riesgo neurológico. *Vox Pediátrica*, 8, 5-10.
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J.E., y Górriz, A.B. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, 21, 459-464.
- Rivas, M., Vázquez, J.L., y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en E.G.B. *Psicothema*, 7, 513-526.
- Rodríguez, P.J., Mahtani, V., Sanz, E., Cuevas, C., Betancort, M., y Ramírez, G. (2007). La investigación en psiquiatría infantil. Condicionantes actuales. *Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría*, 31, 31-37.
- Skounti, M., Philalithis, A., y Galanakis, E. (2007). Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European Journal of Pediatrics*, 166, 117-123.

- Taboada, A., Ezpeleta, L., y De la Osa, N. (1998). Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: una revisión. *Apuntes de Psicología*, 16, 47-72.
- Ten, G.H.H.M., y Pedreira, J.L. (1988). Epidemiología y registro de casos en salud mental infanto-juvenil. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8, 373-390.
- Terán, M.R., Vázquez, J.L., y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en la EGB. *Psicothema*, 7, 513-526.
- Tizón, J.L., Artigue, J., Parra, B., Sorribes, M., Ferrando, J., Pérez, C., ..., y Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clinica y Salud*, 19, 27-58.
- Valencia-García, M.R., y Andrade-Palos, R. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 499-520.
- Valero, L., y Ruiz, M.A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 24, 11-18.