

ORIGINAL

ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO. PREVALENCIA EN LAS EN LAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. COMUNIDAD VALENCIANA, 2009. (*)

Rafael Ballester Arnal (1), Eva Legaz Sánchez (2), Pedro Salmerón Sánchez (1) y M^a Dolores Gil Llarío (3)

- (1) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Jaume I de Castellón.
(2) Dirección General de Investigación y Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Valencia.
(3) Facultad de Psicología. Universitat de València-Estudi General.

(*) Este trabajo ha recibido financiación de la Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana (Ayudas a la investigación en Salud Mental, SMI9/2010)

No existe conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: La salud mental de la infancia y la adolescencia requiere una monitorización adecuada. El objetivo de este trabajo es estimar la prevalencia de las alteraciones del comportamiento (AC) atendidas en pediatría de atención primaria en la Comunitat Valenciana (CV) y describir su distribución en función del sexo, la edad y sus áreas de impacto.

Métodos: Estudio transversal. La Red Centinela Sanitaria de la CV (34 pediatras) vigiló durante 2009 las AC en sujetos de entre 3 y 14 años, con una cobertura del 4% de la población de referencia. Se calcularon las prevalencias e intervalos de confianza al 95%. Se estudiaron las diferencias en las AC en función del sexo, edad y áreas de impacto mediante chi², con una p<0,05.

Resultados: Se notificaron 626 casos, el 70% fueron niños. La estimación de la prevalencia total de AC para la población valenciana de 3-14 años fue de 351 por 10.000 (IC_{95%}:330-372), 491 (IC_{95%}:456-525) en niños y 202 (IC_{95%}:179-226) en niñas. El grupo de edad entre los 7-10 años alcanzó la mayor prevalencia (428 por 10.000) (IC_{95%}:367-489). La hiperactividad presentó la mayor prevalencia (85 por 10.000, IC:74-95). El impacto en la familia fue 69,4% en niños y 65,9% en niñas (p<0,5).

Conclusiones: Las AC atendidas en pediatría de atención primaria en la CV presentaron una prevalencia importante, con un perfil epidemiológico diferenciado por edad y sexo, siendo la familia el principal entorno sobre el que se observó su impacto.

Palabras clave: Salud Mental. Infancia. Adolescencia. Atención Primaria. Vigilancia Epidemiológica. Prevalencia.

ABSTRACT

Behavioral Disorders Prevalence in Pediatrics Primary Care. Region of Valencia, Spain, 2009

Background: Childhood and adolescence mental health needs a proper monitoring. The aim is to estimate behavioral disorders prevalence in paediatric primary care in the Region of Valencia (Spain) and to describe its distribution according to sex, age and impact areas.

Methods: Cross-sectional research. Region of Valencia's Health Surveillance Network observed along 2009 the behavioral disorders in patients primary health care between 3 and 14 years old. Prevalence and confidence intervals at 95% were calculated. Chi-square test (p<0,05) was calculated to explore the differences in behavioral disorders according to sex, age and impact areas.

Results: Total cases notified were 626. Out of participants 70% were boys. The estimate overall prevalence for the population between 3-14 years old was 351 per 10.000 (IC_{95%}: 330-372), 491 (IC_{95%}:456-525) in boys and 202 (IC_{95%}:179-226) in girls. Hyperactivity was the highest prevalence (85 per 10.000, CI: 74-95). The 7-10 age group years old had the highest prevalence (428 per 10.000, IC_{95%}:367-489). The impact in the family was 69,4% in boys and 65,9% in girls (p<0,5).

Conclusions: The Behavioral Disorders prevalence found in paediatrics patients in primary care was important, showed different epidemiologic profile as function of age and sex, and proved the family was the principal impact area.

Keywords: Mental Health. Child. Adolescent. Primary Care. Epidemiology. Population Surveillance. Prevalence.

Correspondencia

Eva Legaz Sánchez

Dirección General de Investigación y Salud Pública

Avda. Cataluña, 21

46020 Valencia. legaz_eva@gva.es

INTRODUCCIÓN

La infancia y adolescencia (IA) presentan una psicopatología específica y diferenciada de la del adulto, tan solo recientemente atendida desde la salud pública, a pesar de que uno de cada cinco niños y adolescentes padece un problema mental¹. El curso psicopatológico es particular en función de la edad, el sexo, la acción de factores de riesgo característicos (como disfunción familiar, maltrato infantil y enfermedad mental de los padres) y factores protectores (por ejemplo, estilo cognitivo flexible, baja reactividad emocional y apego seguro)^{2,3}. En las últimas décadas ha sido posible establecer un mayor conocimiento gracias a la aportación de las taxonomías empíricas, que explican dimensionalmente los problemas mediante la agrupación de depresión, ansiedad y somatizaciones (alteraciones internalizantes) y trastornos de conducta (disocial, desafiante), trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) y abuso de drogas (alteraciones externalizantes), habiéndose hallado una asociación por sexo (en las alteraciones internalizantes para el sexo femenino y las externalizantes para el masculino)⁴⁻⁶.

A la mayor clarificación diagnóstica se ha sumado el incremento de nuevos instrumentos de medida para su evaluación y todo ello ha generado un mayor *corpus clínico* de la salud mental en la IA lo que tan solo ha sucedido parcialmente en el ámbito de la epidemiología. Los estudios epidemiológicos en este campo presentan dificultades metodológicas que originan estimaciones muy dispares de prevalencia y, como consecuencia, es difícil determinar las necesidades reales de la población y diseñar estrategias.

Así, tenemos que, en general, se estima una prevalencia de entre el 10% y el 20% de trastornos mentales en la IA en todo el mundo^{7,8} y se calcula que sólo una quinta parte son correctamente diagnosticados, dejando

atrás entidades subclínicas que son igualmente fuente de distrés para la IA y su entorno, aún no cumpliendo todos los criterios diagnósticos^{9,10}.

En el contexto europeo se estima que una quinta parte de la IA sufre problemas en el desarrollo a nivel emocional y/o de conducta, uno de cada ocho tiene un trastorno mental y entre el 4% y el 6% padece un trastorno mental grave¹¹.

En España, los estudios epidemiológicos se circunscriben a patologías determinadas o a demarcaciones geográficas muy localizadas^{12,13}. Recientemente se han incluido instrumentos de medida de la salud mental en las Encuestas de Salud (nacional y algunas autonómicas), arrojando cifras en torno al 4%-6% de población con riesgo de mala salud mental, quedando pendiente el estudio de medidas referidas al impacto del problema de salud mental, es decir, cuánto y cómo está interfiriendo el problema en las diversas esferas funcionales del niño o adolescente (familia, escuela, grupo de iguales), con el fin de aportar un indicador de nivel de gravedad que pondere la magnitud del problema y establezca la necesidad de salud desde una perspectiva ecológica^{14,15}.

No obstante, el incremento en la morbilidad por razones de salud mental en la IA es patente¹⁶, hasta el punto de que se plantea la urgente necesidad de establecer sistemas de información y vigilancia en salud pública capaces de monitorizar la salud mental de la IA y sus determinantes, así como identificar un conjunto de indicadores útiles para la valoración real de las necesidades de salud en la materia¹⁷.

Las Redes Centinelas, en concreto la Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana (RCSCV), han trabajado en la vigilancia de problemas de salud mental en diversas ocasiones^{18,19} y, a pesar de las limitaciones derivadas de los tiempos de consulta o de las necesidades de formación específica

en la materia²⁰, es innegable que la atención primaria, puerta de entrada al sistema sanitario, es un lugar óptimo para la detección temprana de los problemas de salud mental, para los que se aprecia una creciente presentación^{21,22}. El valor añadido de la vigilancia en pediatría consiste en la prevención y detección precoz de, al menos, la mitad de la psicopatología del adulto, puesto que debuta en la IA, y de esta manera ofrece indicadores de proyección en el tiempo para la salud mental del adulto²³.

El objetivo del presente estudio es caracterizar las alteraciones del comportamiento en la infancia y adolescencia en la Comunitat Valenciana atendidas en las consultas de pediatría de Atención Primaria durante 2009, estimar su prevalencia y analizar su distribución según sexo, edad y principales áreas de impacto.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: estudio descriptivo transversal basado en el análisis de la prevalencia/año de alteraciones del comportamiento y áreas de impacto para la población pediátrica atendida en las consultas de Atención Primaria durante 2009 en la Comunitat Valenciana.

Fuente de datos: RCSCV. Los 34 pediatras integrantes de la RCSCV registraron los problemas de salud denominados Alteraciones del Comportamiento durante 2009, sobre una población vigilada de 28.912 personas, dando así cobertura a más del 4% del total de la población de la Comunitat Valenciana para el intervalo de edad de 3-14 años. De acuerdo con los estándares de organización y funcionamiento de las Redes Centinelas Sanitarias¹⁸, los pediatras centinelas fueron distribuidos atendiendo a criterios de proporcionalidad en cuanto a cobertura poblacional, de manera que la muestra obtenida fue representativa de la población de la Comunitat Valenciana de 2009 para el intervalo de edad 3-14.

Se definió como caso a aquel sujeto atendido en consulta por presentar un comportamiento que no se ajustaba a las expectativas de los padres y para el que el pediatra consideró que revestía relevancia clínica. Los casos fueron registrados una única vez.

Instrumento de medida: consistió en un formulario estandarizado y diseñado por la Comisión de Expertos de la RCSCV (anexo 1).

Variables. Para el presente estudio se seleccionaron las siguientes variables: edad, sexo, país de procedencia, áreas de impacto del comportamiento y las alteraciones: a) encopresis, b) enuresis, c) alteraciones del sueño, d) fobias, e) psicosis (autismo, esquizofrenia, otras), f) trastorno por déficit de atención, g) tartamudeo, timidez, mutismo selectivo, h) anorexia, i) bulimia, j) abuso de drogas, k) comportamiento suicida, l) agresiones a personas o animales, m) destrucción de la propiedad, n) engaño o robo, ñ) violación grave de normas y o) otros.

La variable edad se agrupó en tres intervalos (3-6, 7-10 y 11-14) atendiendo a los periodos evolutivos de primera infancia, segunda infancia y pre-adolescencia/adolescencia, de manera que la muestra quedara proporcionalmente distribuida.

Para el análisis por grupo de edad y sexo se seleccionaron aquellas alteraciones más prevalentes y se agruparon de acuerdo a los criterios del DSM-IV obteniendo: alteraciones de eliminación (enuresis y encopresis), alteraciones del sueño, alteraciones de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) y conducta antisocial (agresiones a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo y violación grave de normas).

Las áreas de impacto fueron definidas como aquellos contextos o áreas de desarrollo del sujeto que se vieron afectados a partir de la presencia de la alteración. Se des-

cribieron: la familia, la escuela, el grupo de compañeros, actividades (deporte, aficiones, etc.) y otros. Cada alteración pudo afectar a varias áreas de desarrollo simultáneamente, quedando así registrado en el formulario.

Análisis estadístico. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete SPSS-19 para PC. Se hallaron estadísticos descriptivos para las características generales de la muestra. Se calcularon prevalencias de período crudas por 10.000 y sus intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) para la muestra total, por sexo y por grupos de edad. Se calculó la proporción de áreas de impacto notificadas y se comparó en función del sexo mediante la prueba chi². Se consideraron estadísticamente significativos los valores con p<0,05.

La autorización de acceso a los datos de la RCSCV fue otorgada formalmente a los autores de la investigación por la Comisión de la RCSCV, Subdirección General de Epidemiología, Conselleria de Sanitat.

RESULTADOS

Fueron registrados 626 casos, siendo 444 (70,9%) de sexo masculino. La media de edad fue de 9 años, la edad más representada fue la de los 11 años y por grupos de edad la mayor proporción correspondió al intervalo comprendido entre los 7 y los 10 años, con 249 (39,8%) casos, seguido del de 11 a 14 años, con 232 (37,1%) y, finalmente, el de 3 a 6 años, con 145 (23,2%). Por país de origen, 579 (92,5%) fue de procedencia española. En cuanto a la comorbilidad presentada, 163 (26%) presentaron dos o más problemas de salud simultáneamente (tabla 1).

La prevalencia/año para el conjunto de alteraciones del comportamiento fue de 351 (IC:330-372). La alteración más prevalente fue la hiperactividad (85, IC:74-95), seguida de las alteraciones de elimi-

Tabla 1
Características generales de los casos de alteraciones del comportamiento notificados en 2009 por la RCSCV

| | CASOS | % |
|---|-------|------|
| Total | 626 | |
| Sexo | | |
| Niño | 444 | 70,9 |
| Niña | 182 | 29,1 |
| Edad (años) | | |
| 3-6 | 145 | 23,2 |
| 7-10 | 249 | 39,8 |
| 11-14 | 232 | 37,1 |
| Procedencia | | |
| España | 579 | 92,5 |
| Latinoamérica | 18 | 2,9 |
| Europa Oriental | 10 | 1,6 |
| Europa Occidental | 9 | 1,4 |
| Norte de África | 9 | 1,4 |
| Asia | 1 | 0,2 |
| Nº de alteraciones presentadas por paciente | | |
| 1 | 463 | 74 |
| 2 | 88 | 14 |
| 3 | 43 | 6,9 |
| 4 | 19 | 3 |
| +5 | 13 | 2,1 |

RCSCV= Red Centinela Sanitaria de la Comunitat Valenciana

nación (58, IC:49-66) y conducta antisocial (51, IC:43-59).

Por sexos, se hallaron diferencias significativas para la prevalencia total de alteraciones del comportamiento, siendo de 491 para niños (IC:456-525), frente a 202 (IC:179-226) para niñas. Las alteraciones más prevalentes en niños fueron la hiperactividad (132, IC: 113-150), las alteraciones de la eliminación (84, IC:69-99) y la conducta antisocial (78, IC:64-92). Mientras que las niñas compartieron las dos primeras alteraciones como las más prevalentes, aunque con un peso mucho menor (hiperactividad: 35, IC:25-45; eliminación: 30, IC:21-39) y, en tercer lugar aparecieron los problemas de

Tabla 2
Prevalencia de alteraciones del comportamiento según sexo y total (x10.000)

| Tipo de Alteración | TOTAL | | | NIÑO | | | NIÑA | | |
|---|-------|-------|-------------------|------|-------|-------------------|------|-------|-------------------|
| | n | Prev. | IC _{95%} | n | Prev. | IC _{95%} | n | Prev. | IC _{95%} |
| Alteraciones de la eliminación | 167 | 58 | 49-66 | 125 | 84 | 69-99 | 42 | 30 | 21-39 |
| Encopresis | 35 | 12 | 8-16 | 27 | 18 | 11-25 | 8 | 6 | 2-10 |
| Enuresis | 132 | 46 | 38-53 | 98 | 66 | 53-79 | 34 | 24 | 16-32 |
| Alteraciones del sueño | 101 | 35 | 28-42 | 66 | 44 | 34-55 | 35 | 25 | 17-33 |
| Hiperactividad | 245 | 85 | 74-95 | 196 | 132 | 113-150 | 49 | 35 | 25-45 |
| Fobias | 54 | 19 | 14-24 | 30 | 20 | 13-27 | 24 | 17 | 10-24 |
| Estereotipias | 34 | 12 | 8-16 | 24 | 16 | 10-23 | 10 | 7 | 3-12 |
| Tartamudeo,timidez,mutismo | 45 | 16 | 11-20 | 29 | 19 | 12-27 | 16 | 11 | 6-17 |
| Alteraciones de la conducta climentaria | 34 | 12 | 8-16 | 15 | 10 | 5-15 | 19 | 14 | 7-20 |
| Anorexia | 16 | 6 | 3-8 | 5 | 3 | 0-16 | 11 | 8 | 3-12 |
| Bulimia | 18 | 6 | 3-9 | 10 | 7 | 3-11 | 8 | 6 | 2-10 |
| Psicosis (incluye autismo) | 21 | 7 | 4-10 | 19 | 13 | 7-19 | 2 | 1 | 0-3 |
| Conducta Antisocial | 148 | 51 | 43-59 | 116 | 78 | 64-92 | 32 | 23 | 15-31 |
| Agresiones a personas o animales | 64 | 22 | 17-28 | 48 | 32 | 23-41 | 16 | 11 | 6-17 |
| Destrucción de la propiedad | 34 | 12 | 8-16 | 28 | 19 | 12-26 | 6 | 4 | 1-8 |
| Engaño o robo | 26 | 9 | 6-12 | 20 | 13 | 8-19 | 6 | 4 | 1-8 |
| Violación grave de reglas | 24 | 8 | 5-12 | 20 | 13 | 8-19 | 4 | 3 | 0-6 |
| Abuso de Drogas | 7 | 2 | 1-4 | 5 | 3 | 0-6 | 2 | 1 | 0-3 |
| Comportamiento suicida | 5 | 2 | 0-3 | 4 | 3 | 0-5 | 1 | 1 | 0-2 |
| Otros | 153 | 53 | 45-61 | 101 | 68 | 55-81 | 52 | 37 | 27-47 |
| Total | 1014 | 351 | 330-372 | 730 | 491 | 456-525 | 284 | 202 | 179-226 |

sueño (25, IC:17-33). Se constató la existencia de diferencias significativas en cuanto a las prevalencias en función del sexo, siendo superiores en los niños las categorías de alteraciones de eliminación, alteraciones de sueño, hiperactividad y conducta antisocial (tabla 2). De igual modo, se obtuvieron diferencias significativas entre las proporciones de psicosis ($p=0,045$) asociada a los niños, y de fobias ($p=0,009$) asociadas a las niñas.

Por grupo de edad, la prevalencia entre los 3 y los 6 años fue significativamente inferior (225, IC_{95%}:181-268) que en los otros dos grupos, donde se alcanzó una prevalencia de 428 (IC_{95%}:367-489) y 410 (IC_{95%}:348-472) para los grupos de 7-10 y 11-14, respectivamente. Se observó, así mismo, una tendencia clara a la disminución de las alteraciones de la eliminación y del sueño conforme avanzaba la edad, frente a un

Tabla 3
Prevalencia de alteraciones del comportamiento según grupos de edad (x10.000)

| Tipo de alteración | 3-6 años | | | 7-10 años | | | 11-14 años | | |
|---|----------|------|-------------------|-----------|------|-------------------|------------|------|-------------------|
| | n | Prev | IC _{95%} | n | Prev | IC _{95%} | n | Prev | IC _{95%} |
| Alteraciones de la eliminación | 60 | 59 | 44-74 | 74 | 77 | 59-94 | 33 | 36 | 24-49 |
| Encopresis | 13 | 13 | 6-20 | 16 | 17 | 8-25 | 6 | 7 | 1-12 |
| Enuresis | 47 | 46 | 33-59 | 58 | 60 | 45-75 | 27 | 30 | 19-41 |
| Alteraciones del sueño | 32 | 31 | 21-42 | 43 | 44 | 31-58 | 26 | 29 | 18-40 |
| Hiperactividad | 44 | 43 | 30-56 | 97 | 100 | 80-120 | 104 | 115 | 93-137 |
| Fobias | 6 | 6 | 1-11 | 28 | 29 | 18-40 | 20 | 22 | 12-32 |
| Estereotipias | 6 | 6 | 1-11 | 17 | 18 | 9-26 | 12 | 12 | 5-19 |
| Tartamudeo, timidez, mutismo | 8 | 8 | 2-13 | 23 | 24 | 14-33 | 14 | 15 | 7-24 |
| Alteraciones de la Conducta Alimentaria | 7 | 7 | 2-12 | 12 | 12 | 5-19 | 15 | 17 | 8-25 |
| Anorexia | 3 | 3 | 0-6 | 5 | 5 | 1-10 | 8 | 9 | 3-15 |
| Bulimia | 4 | 4 | 0-8 | 7 | 7 | 2-13 | 7 | 8 | 2-13 |
| Psicosis (incluye autismo) | 7 | 7 | 2-12 | 5 | 5 | 1-10 | 9 | 10 | 3-16 |
| Conducta antisocial | 34 | 33 | 22-45 | 47 | 49 | 35-62 | 67 | 74 | 59-92 |
| Agresiones a personas o animales | 17 | 17 | 9-25 | 22 | 23 | 13-32 | 25 | 28 | 17-38 |
| Destrucción de la propiedad | 12 | 12 | 5-18 | 7 | 7 | 2-13 | 15 | 17 | 8-25 |
| Engaño o robo | 3 | 3 | 0-6 | 10 | 10 | 4-17 | 13 | 14 | 7-22 |
| Violación grave de reglas | 2 | 2 | 0-5 | 8 | 8 | 3-14 | 14 | 15 | 7-24 |
| Abuso de Drogas | 0 | 0 | 0-0 | 0 | 0 | 0-0 | 7 | 8 | 2-13 |
| Comportamiento suicida | 1 | 1 | 0-3 | 2 | 2 | 0-5 | 2 | 2 | 0-5 |
| Otros | 24 | 24 | 14-33 | 66 | 68 | 52-85 | 63 | 70 | 52-87 |
| Total | 229 | 225 | 181-268 | 414 | 428 | 367-489 | 371 | 410 | 348-472 |

claro aumento de la hiperactividad, de la conducta antisocial y de las alteraciones de la conducta alimentaria. Finalmente, las fobias sufrieron un aumento significativo a partir de los 7 años de edad y el abuso de drogas no se presentó por debajo de los 11 años (tabla 3).

Al desagregar por sexo y edad, se encontraron unas prevalencias significativamente diferentes a favor de los niños en las alteraciones de la eliminación a partir de los 7 años de edad y en todos los grupos de edad para las categorías de hiperactividad y con-

ducta antisocial. En alteraciones del sueño no hubo diferencias significativas, a pesar de las diferentes prevalencias, especialmente en el intervalo de 7 a 10 años. Finalmente, la prevalencia para niñas a partir de 11 años en alteraciones de la conducta alimentaria fue de 23 (IC_{95%}:9-37) frente a 11 (IC_{95%}: 1-20) en niños (tabla 4). Al comparar las proporciones, en el intervalo 11-14 años se encontraron hallazgos significativos en las niñas en fobias ($p=0,033$), tartamudez, timidez y mutismo ($p=0,018$) y alteraciones de la conducta alimentaria ($p=0,003$).

Tabla 4
Prevalencia de principales alteraciones del comportamiento según grupos de edad y sexo (x10.000)

| Alteraciones | 3-6 años | | | 7-10 años | | | 11-14 años | | | | | |
|----------------------|----------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|
| | Niño | IC _{95%} | Niña | IC _{95%} | Niño | IC _{95%} | Niña | IC _{95%} | Niño | IC _{95%} | Niña | IC _{95%} |
| Eliminación | 66 | 44-88 | 51 | 31-71 | 130 | 98-161 | 21 | 8-34 | 56 | 34-77 | 16 | 4-28 |
| Sueño | 38 | 21-54 | 24 | 11-38 | 61 | 39-83 | 27 | 13-42 | 34 | 18-51 | 23 | 9-37 |
| Hiperactividad | 64 | 43-86 | 20 | 8-33 | 158 | 123-193 | 40 | 22-58 | 180 | 142-218 | 46 | 26-66 |
| Conducta alimentaria | 9 | 1-18 | 4 | 0-10 | 10 | 1-19 | 15 | 4-26 | 11 | 1-20 | 23 | 9-37 |
| Conducta antisocial | 49 | 30-68 | 16 | 5-28 | 71 | 48-94 | 25 | 11-40 | 118 | 87-149 | 28 | 12-43 |

IC(95%)= Intervalo de Confianza del 95%.

Eliminación= Enuresis y Encopresis. Conducta Alimentaria= Anorexia y Bulimia.

Conducta Antisocial= Agresiones a personas o animales, Destrucción de la Propiedad, Engaño o Robo y Violación grave de reglas.

Tabla 5
Distribución del impacto de las alteraciones del comportamiento en las diversas áreas de funcionamiento del paciente*, según sexo (%)

| Área de Impacto | Total | Niño | Niña | p |
|---------------------|-------|------|------|-------|
| Familia | 68,4 | 69,4 | 65,9 | 0,401 |
| Escuela | 52,6 | 56,3 | 43,4 | 0,003 |
| Grupo de compañeros | 22,5 | 25,7 | 14,8 | 0,003 |
| Actividades | 7,3 | 9 | 3,3 | 0,013 |
| Otros | 2,1 | 2 | 2,2 | 0,892 |

*Una misma alteración puede impactar simultáneamente sobre diversas áreas.

Por último, las alteraciones del comportamiento repercutieron sobre las diversas áreas de funcionamiento del niño y adolescente siendo el ámbito familiar el más afectado en un 68,4% de los casos, seguido del escolar, con un 52,6%. El contexto escolar acusó más la presencia de alteraciones del comportamiento a partir de los 7 años de edad ($p=0,000$). Se hallaron diferencias significativas al desagregar por sexos, encontrando un impacto mayor de las alteraciones del comportamiento de los niños sobre la escuela ($p=0,003$), el grupo de compañeros ($p=0,003$) y actividades de ocio ($p=0,013$) (tabla 5).

DISCUSIÓN

Desde el punto de vista global, la carga total de morbilidad atribuible a las alteraciones del comportamiento, en pediatría de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana, cifrada en un 351 por 10.000, supera a lo expuesto por Tizón²¹ y concuerda con el modelo de detección de alteraciones mentales de Goldberg y Huxley²⁴. La morbilidad psíquica hallada posee una dinámica evolutiva, en función de la edad y del género, acorde con lo descrito para la psicopatología de la infancia y adolescencia²⁵.

Destaca como alteración más frecuente la hiperactividad en ambos sexos, aunque es más frecuente en niños que en niñas, siendo la diferencia estadísticamente significativa, tal y como se recoge en estudios de prevalencia específicos²⁶. Queda por determinar si esta prevalencia es real o viene ponderada por una mayor sensibilidad social, familiar y clínica, ante las alteraciones compatibles con conductas impulsivas y con déficit de atención. Con la edad, se incrementa de una manera constante la prevalencia de alteraciones de la conducta alimentaria, hiperactividad y conducta antisocial, al tiempo que disminuyen las alteraciones de eliminación, conformando un patrón con progresivas diferencias según el sexo según avanza el desarrollo evolutivo, hasta alcanza, una dis-

tribución claramente desigual entre los 11-14 años: los problemas externalizantes (comportamiento hiperactivo y conducta antisocial) y psicosis (categoría que en nuestro caso incluía tanto problemas psicóticos como autismo) afectan en mayor medida a los niños, y los problemas internalizantes (fobias, tartamudez, timidez y mutismo) junto con las alteraciones de la conducta alimentaria, aparecen más en el sexo femenino, en concordancia con la literatura^{6,27}. La presencia constante de alteraciones del sueño en ambos sexos sugiere la existencia de una problemática específica de nuestra población.

Por otro lado, pensamos que la mayor presencia de niños frente a niñas en nuestra muestra tiene relación con el tipo más frecuente de alteraciones notificadas -hiperactividad y conducta antisocial-, aquellas que cursan con conductas disruptivas e impactan sobre la vida familiar de manera directa y observable, lo que puede mediar en la frecuentación de la consulta pediátrica. De hecho, los problemas de salud que presentan los niños afectan, como hemos visto, significativamente más que los de las niñas en todos sus ámbitos de desarrollo (familia, escuela, amigos y ocio).

Una de las limitaciones del presente estudio lo constituye el sesgo muestral incluido en la voluntariedad de los integrantes de las Redes Centinelas Sanitarias. No obstante, mediante la aplicación de la estrategia de cobertura poblacional proporcional la representatividad de la muestra queda garantizada.

Otra de las limitaciones viene implícita en la definición de caso, ya que la notificación del mismo se realiza a partir de una demanda explícita por parte de los padres, quienes son más sensibles a la valoración de problemas externalizantes (conducta antisocial, hiperactividad), lo que se traduce en una mayor visibilidad de los problemas de los niños frente a aquellos problemas internalizantes (depresión, ansiedad, somatizaciones, etc.) asocia-

dos con mayor frecuencia a las niñas. Por ello, sería recomendable incluir un apartado específico y protocolizado sobre la salud mental en los exámenes de salud pediátricos, lo que permitiría obtener un cribado de base poblacional.

Cada caso es evaluado por el pediatra de acuerdo al criterio de presencia o ausencia de relevancia clínica. Esta manera de proceder ha resultado efectiva en un reciente estudio de concordancia diagnóstica entre pediatría y salud mental²⁸, siendo común en las consultas de atención primaria, para cuya praxis se utilizan tradicionalmente los criterios establecidos en la CIE-10 para trastornos mentales, a pesar de carecer de otras medidas estandarizadas. En dicho estudio se señalan índices Kappa buenos ($>0,6$) o muy buenos ($>0,8$) para hiperactividad, trastorno disocial, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la eliminación y de ansiedad²⁸, lo que coincide con la morbilidad más prevalente detectada en nuestro trabajo.

Una tercera limitación tiene que ver con el instrumento de medida, puesto que agrupa problemas tan diferentes como la tartamudez, la timidez o el mutismo. No obstante, la agrupación tiene coherencia psicopatológica dado que forman parte de la dimensión internalizante y su prevalencia no tiene un peso importante (16 por 10.000). Por último, las alteraciones del comportamiento recogidas reflejan, en su mayor parte, síndromes contemplados en el marco nosológico del DSM-IV. Sin embargo, en el caso de la conducta antisocial se descende a un nivel sintomatológico, lo que permite distinguir sus dos componentes principales, a saber, la agresividad (agresiones a personas o animales) y conducta delincuente (destrucción de la propiedad, engaño o robo y violación grave de reglas). Por ello, a pesar de la posible sobreestimación de la prevalencia de la conducta antisocial, este método otorga mayor calidad en el detalle de la información.

Sea como fuere, la formación generalista de los pediatras sobre los diferentes problemas de

comportamiento hace necesario futuros estudios de concordancia diagnóstica entre pediatría de Atención Primaria y dispositivos de Salud Mental que permitan establecer el alcance de la psicopatología y de la prevalencia aquí obtenidas.

En conclusión, podemos afirmar que hemos hallado una prevalencia importante de alteraciones del comportamiento atendidas en las consultas pediátricas de la Comunitat Valenciana, cuya magnitud las convierte en un problema de salud pública que requiere una intervención clara. La prevalencia es muy superior en niños que en niñas, la alteración más prevalente es la hiperactividad y el grupo de edad entre 7 y 10 años presenta una mayor morbilidad psíquica. Hemos hallado un perfil diferenciado según la edad y el sexo: por un lado, conforme avanza la edad, disminuyen las alteraciones de la eliminación y el sueño y aumentan la hiperactividad, la conducta antisocial y las alteraciones de la conducta alimentaria. Por otro lado, la hiperactividad y la conducta antisocial -dimensión externalizante- y la psicosis se asocian al sexo masculino, mientras que las fobias, la tartamudez, la timidez y el mutismo (dimensión internalizante) y las alteraciones de la conducta alimentaria, son más frecuentes en el femenino. Por último, la familia es el contexto de mayor impacto, presentando, en el caso del sexo masculino, una repercusión mayor tanto en la familia, como en la escuela y en las relaciones con sus compañeros.

A partir de la información obtenida, se constata la necesidad de implantar programas de promoción de la salud mental, prevención y atención a los problemas detectados, de acuerdo con el perfil específico descrito para cada sexo y grupo de edad. Al intervenir de esta manera se desarrollarán acciones eficientes a favor de la salud mental de la infancia y adolescencia, sobre sus áreas de impacto y, por último, se incidirá en la prevención de la psicopatología del adulto.

AGRADECIMIENTOS

A los pediatras centinelas de la Comunitat Valenciana sin cuya colaboración e inestimable trabajo de campo no se hubiera podido realizar este estudio. A Óscar Zurriaga Llorens y a Aurora López Maside por su ayuda con las correcciones del manuscrito y la presentación de la información.

BIBLIOGRAFÍA

1. Costello EJ, Copeland W, Angold A. Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *J Child Psychol Psychiatry*. 2011; 52(10):1015-25.
2. Guftafsson, PE, Larsson I, Nelson N et al. Sociocultural Disadvantage, Traumatic Life Events and Psychiatric Symptoms in Preadolescent Children. *Am J Orthopsychiatry*. 2009; 79(3):387-97.
3. Karevold E, Roysamb E. Predictors and Pathways from Infancy to Symptoms of Anxiety and Depression in Early Adolescence. *Develop Psychol*. 2009; 45(4):1051-60.
4. López-Soler C, Castro Sáez M, Alcántara M et al. Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*. 2009; (21)3:353-8.
5. Hopwood C, Grilo C Internalizing and Externalizing Personality Dimensions and Clinical Problems in Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010; 41:398-408.
6. Rescorla, L. Epidemiological Comparisons of Problems and Positive Qualities Reported by Adolescents in 24 Countries. *J Consult Clin Psychol*. 2007; 75(2):351-8.
7. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007.
8. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49(3):226-36.
9. Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
10. Child and adolescent mental health policies and plans. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
11. Conclusions from Pre-conferente The Mental health of Children and Adolescents. Luxembourg: European Commission and WHO European region; 2004. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/ev_20040921_rd01_en.pdf
12. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Madrid: AEN; 2009.
13. Franco C, Arango C. Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*. 2004; 3:19-27.
14. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R et al. La salud en la Infancia. *Gac Sanit*. 2004; 18 Supl1:39-46.
15. Costello E, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The epidemiology of child and adolescent psychiatry disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 2005; 44:972-86.
16. Ford T. Practitioner Review: How can epidemiology help us plan and deliver effective child and adolescent mental health services? *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49(9):900-14.
17. Costello E, Foley D, Angold A. 10-Year Research Update Review: The epidemiology of child and adolescent psychiatry disorders: II. Developmental Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 45:8-25.
18. Vega AT, Zurriaga O, Galmés A et al. Guía de principios y métodos de las redes centinelas sanitarias en España. *Gac Sanit*. 2006; 20 Supl 3:52-60.
19. Informe de la Red Centinela de la Comunitat Valenciana 2005-2006. Valencia: Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana; 2007. Serie Informes de Salud núm.111.
20. Sayal K, Taylor E. Detection of child mental health disorders by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2004; 54:348-52.
21. Tizón JL. Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002; 4(2):81-106.
22. Weitzam CC, Leventhal M. Screening for behavioral health problems in primary care. *Curr Opin Pediatr*. 2006; 18(6):641-8.

23. Kessler R. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6):593-602.
24. Goldberg D. Epidemiology of Mental Disorders in Primary Care Settings. *Epidemiol Rev*. 1995; 17(1):182-90.
25. Slade T. The descriptive epidemiology of internalizing and externalizing psychiatric dimensions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007; 42:554-60.
26. Alda JA Arango C Castro J et al. Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo? Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu; 2009.
27. The State of the World's Children 2011: Adolescence an age of Opportunity. New York: United Nations Children's Fund; 2011.
28. Landa N Goñi A García de Jaón E et al. Concorancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. *An Sist Sanit Navar*. 2009; 32(2):161-8.

Anexo 1

Formulario de Registro de Problemas de Comportamiento en la Infancia y Adolescencia. Red Centinela Sanitaria. Comunitat Valenciana, 2009

NÚMERO DE SIP

FECHA DE COMUNICACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO (1. Hombre / 2. Mujer)

PAÍS DE NACIMIENTO:

AÑO DE LLEGADA A ESPAÑA:

Del niño o niña _____

De la madre _____

Del padre _____

TIPO DE COMPORTAMIENTO

Encopresis

Enuresis nocturna

Alteraciones del sueño

Fobias

Psicosis: autismo, esquizofrenia

Trastorno por déficit de atención (TDAH)

Tartamudeo, timidez, mutismo selectivo

Anorexia

Bulimia

Abuso de drogas, alcohol, tabaco

Comportamiento suicida

Agresiones a personas o animales

Destrucción de la propiedad

Engaño o robo

Violación grave de reglas

Otros. Especificar: _____

IMPACTO DEL COMPORTAMIENTO

•(Áreas de desarrollo sobre los que repercute el problema de salud mental detectado)

•Familia

•Escuela

•Grupo de compañeros

•Actividades (deporte, aficiones)

•Otros •Especificar: _____

•ACTITUD TERAPÉUTICA

•Consejo, apoyo

•Terapia Farmacológica

•Derivación •Especificar _____

•Imposible actuar Especificar _____

•Otros •Especificar _____

FACTORES DE RIESGO

Absentismo escolar

Bajo nivel socioeconómico

Familia desestructurada o separada

Enfermedad mental de los padres o abuso de sustancias tóxicas

Procesos de separación o divorcio

Violencia intrafamiliar

Cambio frecuente de vivienda

Maltrato físico o abuso sexual

Negligencia

Otros. Especificar _____