

INVESTIGACIÓN

ESTUDIO DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CHILE. ESTADO ACTUAL¹

(Rev GPU 2015; 11; 1: 107-115)

Flora de la Barra², Benjamín Vicente³, Sandra Saldivia B³, Roberto Melipillán⁴

Se destaca el rol de la epidemiología psiquiátrica evolutiva científica para ayudar a la comprensión de las causas y factores de riesgo para trastornos psiquiátricos, evaluar las trayectorias evolutivas y proponer estrategias preventivas y terapéuticas. Se resumen los estudios sobre edades de comienzo, factores de riesgo y protectores, prevalencia de trastornos psiquiátricos y uso de servicios tanto en Latinoamérica como en otros países. Se informa sobre el primer estudio de prevalencia en niños y adolescentes chilenos, su metodología y resultados. Se aplicó en los hogares la versión computarizada de la entrevista DISC-IV. La prevalencia total fue de 22,5%, siendo los trastornos de comportamiento disruptivo los más frecuentes, seguidos por los trastornos ansiosos. Se detallan los factores asociados a cada grupo de trastornos y la comorbilidad entre ellos. 41,6% de los niños y adolescentes con Trastorno psiquiátrico asociado a discapacidad social consultó en algún tipo de servicio en el último año. La información derivada de esta investigación prestará utilidad para el desarrollo y perfeccionamiento de programas de salud mental en el país.

INTRODUCCIÓN

La importancia de estudiar la salud mental de niños y adolescentes

Los primeros estudios psiquiátricos comunitarios fueron efectuados en adultos en los años 80. Al pedirles que recordaran sus primeros síntomas los sujetos relataban

edades de comienzo más tempranas de lo que se pensaba clínicamente. Cerca del 80% de los sujetos que sufría de T. depresivos, ansiosos o abuso de drogas, informó haber comenzado antes de los 20 años. Por otra parte, el riesgo para iniciar depresión mayor, manía, T obsesivo-compulsivo, fobias y T. de abuso de alcohol y drogas se observó en la niñez y adolescencia (1, 2). Los estudios clínicos y epidemiológicos recientes muestran dos grupos de trastornos:

¹ Artículo publicado originalmente en Rev Med Clin Condes 2012; 23(5): 521-529. Reproducido con autorización.

² Profesor adjunto. Universidad de Chile y Depto. Psiquiatría. Clínica Las Condes.

³ Profesor Depto. Psiquiatría Universidad de Concepción.

⁴ Estadístico Depto. Psiquiatría Universidad de Concepción.

Email: torbarra@gmail.com

Los que empiezan en la niñez (T. Déficit atencional, autismo y otros T. penetrantes del desarrollo, angustia de separación, fobias específicas, T. opositorista desafiante) y un grupo diferente que comienza en la adolescencia (fobia social, T. pánico, abuso de sustancias, depresión, anorexia nervosa, bulimia nervosa). La mayoría de los trastornos que comienzan en la niñez son más prevalentes en hombres que en mujeres, mientras que los que comienzan en la adolescencia más en mujeres que en hombres (3, 4).

El proyecto Atlas (O.M.S. 2005) registró los recursos de salud mental infantojuvenil en 66 países, y señaló que los trastornos psiquiátricos de comienzo en la niñez y adolescencia deberían ser un tema de interés para la salud pública (5).

La epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes cumple varios objetivos en salud pública: conocer la magnitud y la 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 recibiendo (6). Los estudios demuestran una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos (1 de cada 5 niños; si se agrega criterio de discapacidad 1 de cada 10). Sólo 16% de ellos recibía atención y muchos que eran atendidos no tenían trastornos psiquiátricos. Esta realidad contrasta con las evidencias que están disponibles de tratamientos efectivos para tratar a los niños y adolescentes.

Aún persiste la controversia acerca de si los síntomas de los trastornos mentales y sus agrupaciones en diagnósticos son universales a todas las culturas o son moldeados por éstas. Se concluyó que este dilema debe resolverse mediante investigación empírica que establezca la validez diagnóstica en distintas culturas (7-11).

Magnitud del problema: estudios de prevalencia

Las revisiones de múltiples estudios en diferentes países del mundo, mostraron gran variabilidad en las cifras de prevalencia, que se explicaba por diferencias en los instrumentos de medición utilizados, las muestras, definición de caso, análisis y presentación de los datos (12-15).

A pesar de la necesidad de información sobre prevalencia de problemas de salud mental en niños y adolescentes en Latinoamérica, los estudios son escasos. Los que han utilizado instrumentos diagnósticos estandarizados para trastornos psiquiátricos están limitados a Brasil (16-18) y México (19). Los estudios realizados en Brasil evalúan sólo niños y la investigación mexicana sólo adolescentes. En Chile, un estudio de niños escolares utilizó una entrevista semiestructurada

clínica aplicada por becados de psiquiatría (20). En Montevideo, Uruguay, se utilizaron cuestionarios de tamizaje para evaluar problemas de salud mental (21). El estudio nacional de Puerto Rico utilizó la entrevista DISC-IV y la tradujo al español (22). En Estados Unidos existen varios estudios de ciudades y regiones. El estudio longitudinal de Great Smoky Mountains en Carolina del Norte reevaluó a niños de 9 a 16 años anualmente, mostrando la evolución a largo plazo, las continuidades y discontinuidades de los trastornos psiquiátricos (23, 24). El primer estudio nacional de prevalencia en adolescentes norteamericanos (25) reveló una prevalencia global de 22%. También se hicieron estudios a nivel nacional en Israel (26) y Gran Bretaña (27).

Otro dilema que plantean los sistemas de clasificación internacional de enfermedades psiquiátricas son los hallazgos de alta tasa de comorbilidad, es decir, niños y adolescentes que cumplen los criterios diagnósticos para dos o más trastornos psiquiátricos y que alcanzan entre 24 y 29% (28-31).

La epidemiología ayuda a monitorear el grado en que los niños y adolescentes que necesitan tratamiento lo están recibiendo y apoya 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. Para planificar los servicios es importante diferenciar cuáles problemas pueden ser atendidos en el nivel primario y cuáles necesitan atención por especialistas altamente entrenados.

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. Por otra parte, la investigación en niños está gravemente desfinanciada (32-37).

Epidemiología del desarrollo

Esta rama de la epidemiología tiene por objetivo comprender los mecanismos por los cuales los procesos de desarrollo afectan el riesgo para trastornos psiquiátricos específicos y proponer estrategias preventivas en las distintas etapas. Contribuye a dilucidar cómo las trayectorias de síntomas, ambiente y desarrollo individual se combinan para producir adaptación, resiliencia o psicopatología. La meta es crear un ambiente en el cual los niños, incluso los genéticamente vulnerables

no sean expuestos a factores de riesgo o sean protegidos de sus efectos (38, 39).

Estudios sobre factores de riesgo, factores protectores para trastornos psiquiátricos y factores promotores de bienestar psicosocial

Se pueden agrupar en factores que surgen del individuo, de la familia y del ambiente social comunitario. Estos factores operan en conjunto e interactúan. Existe consenso que el bajo nivel socioeconómico, la desintegración y psicopatología familiar, el daño temprano físico y psicológico, un temperamento difícil en la niñez, la violencia y el impedimento intelectual constituyen factores de riesgo. Por otra parte, una crianza sensible con autoridad de los padres, las oportunidades educacionales, autonomía psicológica y buena salud física son factores protectores. No se han encontrado grandes diferencias en los factores de riesgo presentes en distintas culturas: p. ej. Puerto Rico, India y EE.UU. Un análisis de estas influencias en países de nivel socioeconómico bajo y medio, señala que, a pesar que existe mayor cantidad de factores de riesgo que en los países ricos, también pueden estar presentes más factores protectores (40-44).

Interrelaciones entre factores de riesgo médicos y psiquiátricos

El estudio de las cohortes seguidas desde los 60 y 70 han servido para buscar los orígenes psicosociales de las enfermedades "médicas" crónicas de la adultez (45, 46) y el rol de los problemas fisiológicos tempranos en el desarrollo de Trastornos psiquiátricos. Hay evidencia que un grupo nuclear de factores de riesgo y protectores evolutivos y socioeconómicos predicen e influyen sobre el curso de enfermedades físicas y mentales: pobreza, falta de apego a figura primaria, malas relaciones familiares, depresión materna, mal rendimiento escolar y estructura familiar alterada (47, 48).

Se ha comprobado la heterogeneidad de los trastornos mentales y la importancia de los procesos del desarrollo para elucidar las vías de adaptación y desadaptación. Se han integrado los avances en biología del desarrollo y su interacción mutua con la experiencia, la neuroplasticidad cerebral, la biología molecular y la genética molecular. Finalmente, se ha contribuido al desarrollo de iniciativas clínicas dirigidas a la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales. Para continuar progresando es necesario que se incorporen en mayor medida un nivel múltiple de análisis y una perspectiva interdisciplinaria. Debería usarse la información obtenida para los esfuerzos preventivos y

terapéuticos y continuar incorporando contextos culturales en los diseños de investigación. Finalmente, los hallazgos que emanen de la psicopatología evolutiva deben ser traducidos a aplicaciones prácticas.

En Chile existen algunos programas de tratamiento de trastornos conductuales y emocionales de niños y adolescentes en el nivel primario de salud, efectuados por profesionales de educación y salud, derivando al nivel secundario especializado en salud mental solo un porcentaje de los niños. Para optimizar la efectividad de estos programas y asignar los recursos necesarios, es necesario tener información sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos a nivel de la comunidad. A continuación, se informa sobre el primer estudio de este tipo efectuado en nuestro país.

Estudio comunitario de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto-juvenil en Chile (Benjamín Vicente, Sandra Saldivia, Pedro Rioseco, Flora de la Barra y Roberto Melipillán)

Investigación colaborativa de las Universidades de Chile y de Concepción, financiada por FONDECYT (Proyecto 1070519) (49-51).

Objetivos

1. Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos DSM-IV en una muestra representativa de niños y adolescentes de 4-18 años en Chile.
2. Identificar algunas variables asociadas con los trastornos psiquiátricos.
3. Estudiar la utilización de servicios en los niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos.

Método

La investigación se llevó a cabo en cuatro provincias: Santiago, Iquique, Concepción y Cautín, donde se había realizado el estudio de la población mayor de 18 años anteriormente. Se procuró que estuvieran representados todos los niveles socioeconómicos, grupos étnicos y población urbana / rural.

Las muestras fueron seleccionadas en forma aleatoria, estratificada y multi-etápica: 1° comunas, luego manzanas, casas, y finalmente el niño o adolescente a entrevistar. La muestra fue pesada para la probabilidad de selección en cada etapa.

Estudiantes egresados de Psicología entrenados visitaron a las familias en sus hogares y aplicaron la versión computarizada española de la entrevista DISC-IV (52, 53), un cuestionario de factores de riesgo

familiares, índice socioeconómico (54) y un cuestionario de uso de servicios (55). Entrevistaron a los padres o cuidadores de los niños de 4-11 años y a los adolescentes de 12-18 directamente.

Se registraron los diagnósticos y cuatro algoritmos de impedimento contenidos en el DISC-IV. Los datos del instrumento de lápiz/papel fueron ingresados a una base de datos SSPS. Las estimaciones fueron efectuadas en el programa STATA 10.0, usando comandos para muestras complejas. Los errores estándar se calcularon usando métodos de series lineales de Taylor para obtener intervalos de confianza de 95% y valores *p*.

El adulto responsable o el adolescente firmaron consentimiento informado. Se aseguró la confidencialidad, ya que los entrevistadores no supieron los resultados. Los casos identificados fueron referidos a la red de salud mental local. Se obtuvo una participación de 82,4%.

La muestra total fue de 1.558 niños y adolescentes, 158 en Iquique, 354 en Concepción, 254 en Cautín y 792 en Santiago.

Para estudiar factores de riesgo se efectuaron dos tipos de análisis:

1. Análisis bi-variado entre cada uno de los predictores y los diagnósticos, seleccionando aquellos predictores que presenten un nivel de significación estadística. En el caso de un predictor categórico, el análisis bi-variado se realizó empleando el test de asociación *F* de Rao-Scott, mientras que para un predictor numérico se empleó un análisis de regresión logística.
2. Análisis de regresión logística multivariada empleando sólo aquellos predictores seleccionados en el paso anterior.

Resultados

TABLA 1

La prevalencia total para cualquier trastorno psiquiátrico + discapacidad psicosocial fue de 22,5%. Los grupos de Trastornos que mostraron más alta prevalencia fueron los Disruptivos, con 14,6%, seguidos de los T. Ansiosos, con un 8,3%.

TABLA 2

El diagnóstico disruptivo más prevalente fue el T. de Déficit Atencional/Hiperactividad. Las diferencias de género no son significativas. Las prevalencias de TDAH son más bajas en Concepción y Cautín que en Santiago (O.R.: 0,35 y 0,30 respectivamente, *p*<0,01). En

Santiago y Cautín, la prevalencia es mayor en niños que en adolescentes (O.R. 0,10 y 0,26; *p*<0,05 y 0,26; *p*<0,01 respectivamente).

TABLA 3

El trastorno ansioso más prevalente fue la angustia de separación, que disminuyó en la adolescencia. Todos los T. ansiosos fueron más frecuentes en mujeres.

Respecto a los trastornos afectivos, la gran mayoría estuvo constituida por Depresión Mayor (5,1%), siendo la distimia sólo el 0,1%. No se incluyó el trastorno Bipolar dentro de los diagnósticos evaluados.

TABLA 4

La comorbilidad (cumplir los criterios para dos o más diagnósticos) estuvo presente en el 39,3% de los casos, mientras que 10,3% tenían tres o más diagnósticos. La más frecuente fue la comorbilidad T. Afectivo + ansioso, seguido de T. afectivo + disruptivo. Los T. de abuso de sustancias se asociaron más frecuentemente a los T. disruptivos. Las niñas tuvieron significativamente más comorbilidad que los niños.

TABLA 5

Las variables que tenían asociación significativa con algún trastorno psiquiátrico fueron las siguientes:

- Pertenecer al género femenino aumentó en 1,8 veces el riesgo de tener trastornos ansiosos.
- Ser un adolescente vs. un niño disminuyó el riesgo de presentar T. disruptivos.
- Tener un nivel socioeconómico alto disminuyó el riesgo para T. ansiosos y T. de uso de sustancias
- La psicopatología presente en la familia aumentó casi tres veces el riesgo de presentar un T ansioso y 5½ veces un T. afectivo.
- Vivir con un solo padre aumentó el riesgo para los T. afectivos y disruptivos. Vivir con otras personas lo aumentó para los T. afectivos.
- Haber desertado de la escuela disminuyó el riesgo de ser diagnosticado con T. disruptivos y aumentó el riesgo de T. de Uso de sustancias en casi siete veces.
- La percepción de un buen funcionamiento familiar disminuyó el riesgo de presentar cualquier trastorno psiquiátrico.
- El antecedente de maltrato aumentó en 4½ veces el riesgo de presentar T. disruptivos.
- Haber sufrido abuso sexual aumentó el riesgo para T. ansiosos, afectivos y disruptivos.

Tabla 1
PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS (DSM-IV) EN EL ÚLTIMO AÑO + IMPEDIMENTO EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL
(N = 1558)

Trastorno psiquiátrico + impedimento	Total		Masculino		Femenino		4-11 años		12-18 años	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
T. Ansiosos	8,3	0,9	5,8	0,9	11,0	1,7	9,2	1,1	7,4	1,4
T. Afectivos	5,1	0,9	3,2	0,9	7,1	1,8	3,5	1,1	7,0	1,5
T. de comportamiento disruptivo	14,6	1,1	13,5	1,3	15,8	2,3	20,6	2,1	8,0	1,7
Uso drogas	1,2	0,4	1,4	0,5	1,1	0,5	0	0	2,6	0,8
T. Alimentación	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3
Esquizofrenia	0,1	0,1	0	0	0,3	0,3	0	0	0,3	0,3
Cualquier trastorno	22,5	1,6	19,3	1,8	25,8	2,8	27,8	2,2	16,5	2,0

Tabla 2
PREVALENCIA DE TRASTORNOS DISRUPTIVOS + IMPEDIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL
(N= 1558)

Trastorno psiquiátrico + impedimento	Total		Masculino		Femenino		4-11 años		12-18 años	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
Cualquier T. Disruptivo	14,6	1,1	13,5	1,3	15,8	2,3	20,6	2,1	8,0	1,7
T. Déficit Atencional/ Hiperactividad	10,3	0,9	9,7	1,2	10,9	2,0	15,5	1,6	4,5	1,4
T. Oposicionista Desafiante	5,2	0,5	4,5	0,7	5,9	0,9	7,8	0,9	2,3	0,7
T. de Conducta	1,9	0,4	2,7	0,8	1,0	0,4	0,9	0,3	2,9	0,9

Tabla 3
PREVALENCIA DE TRASTORNOS ANSIOSOS + IMPEDIMENTO EN EL ÚLTIMO AÑO + IMPEDIMENTO EN POBLACIÓN INFANTOJUVENIL
(N= 1558)

Trastorno psiquiátrico + impedimento	Total		Masculino		Femenino		4-11 años		12-18 años	
	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.	%	E.E.
Cualquier T. Ansioso	8,3	0,9	5,8	0,9	11,0	1,7	9,2	1,1	7,4	1,4
Fobia social	3,7	0,8	1,8	0,7	5,7	1,5	3,5	0,9	3,9	1,2
Ansiedad generalizada	3,2	0,5	1,2	0,5	5,3	0,9	3,8	1,0	2,6	1,0
Ansiedad de separación	4,8	0,6	4,0	0,8	5,7	0,9	6,1	0,9	3,4	1,0

Tabla 4
COMORBILIDAD ENTRE GRUPOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CON IMPEDIMENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS
(N=1558)

Muestra Total	T. Ansiosos %	T. Afectivos %	T. Disruptivos %	T. Uso Sustancias %
T. Ansioso	-	19,5	35,6	4,4
T. Afectivos	59,2	-	43,4	14,8
T. Disruptivos	30,7	12,2	-	6,1
T. Uso sustancias	17,0	18,9	28,0	-

Tabla 5

VARIABLES ASOCIADAS A LOS GRUPOS DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS CON IMPEDIMENTO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CHILENOS

T. Psiquiátrico + impedimento	T. Ansiosos O.R (I.C)	T. Afectivos O.R (I.C)	T. Disruptivos O.R (I.C)	T. Uso de sustancias O.R (I.C)	Cualquier trastorno O.R (I.C)
Masculino	1,80*	1,74	-	-	1,35
Femenino	(1,09-2,99)	(0,70-4,31)	-	-	(0,93-1,95)
4-11 años	-	1,63	0,21***	+	0,38***
12-18 años	-	(0,76-3,50)	(0,11-0,41)	-	(0,25-0,57)
Línea pobreza ≤ 2	0,56	-	-	0,07**	-
> 2	(0,29-1,10)	-	-	(0,01-0,38)	-
> 5	0,37**	-	-	0,57	-
> 8	(0,18-0,76)	-	-	(0,13-2,54)	-
> 8	0,35*	-	-	0,63	-
	(0,15-0,83)	-	-	(0,15-2,57)	-
Psicopatología familiar Sí/No	2,93*	5,54**	2,54	1,53	2,48***
	(1,29-6,65)	(1,70-18,04)	(0,96-6,72)	(0,36-6,44)	(1,80-3,42)
Vive con ambos padres					
Un solo padre	1,65	2,91**	1,87*	-	2,20***
	(0,92-2,97)	(1,39-6,11)	(1,06-3,32)	-	(0,81-3,10)
Otras personas	2,01	3,51**	1,03	-	
	(0,86-4,70)	(1,57-7,48)	(0,38-2,84)	-	
Deserción escolar Sí/No	-	-	0,29*	6,78*	-
	-	-	(0,11-0,79)	(1,08-42,58)	-
Percepción de buen funcionamiento familiar Sí/No	0,67	0,46	0,56	0,55	0,67*
	(0,38-1,20)	(0,14-1,48)	(0,24-1,28)	(0,23-1,31)	(0,49-0,93)
Maltrato Sí/No	1,29	0,93	4,46**	4,21	3,71**
	(0,57-2,89)	(0,28-3,11)	(1,73-11,45)	(0,85-20-79)	(1,36-7,49)
Abuso sexual Sí/No	2,21*	5,45***	2,95*	1,25	2,54**
	(1,18-4,13)	(2,54-11,72)	(1,14-7,58)	(0,14-11,56)	(1,49-4,34)

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

- n.s. en análisis bivariado

+ No se estimó por separación perfecta entre los grupos

Tabla 6

USO DE SERVICIOS

Tipo de servicio	Sin diagnóstico psiquiátrico o con diagnóstico sin impedimento n= 1229			Cualquier diagnóstico + impedimento n=329		
	n	%	E.E.	n	%	E.E.
En escuela	109	9,0	1,6	72	21,2	4,3
Salud mental	86	6,4	0,8	58	19,1	3,8
Otros médicos	23	2,2	0,7	21	5,9	2,0
Sociales	2	0,3	0,2	4	0,6	0,4
Otros	19	1,23	0,4	15	5,3	2,9
Cualquier servicio	225	17,8	1,8	133	41,6	2,2

Más de 1 servicio puede ser usado por caso. Datos pesados por censo 2002.

TABLA 6

358 personas habían utilizado servicios, de las cuales 329 (41,6% del la muestra) presentaban trastorno psiquiátrico acompañado de impedimento social. Por otra parte, 17,8% de las personas sin diagnóstico o con diagnóstico sin discapacidad agregada, había consultado en algún servicio. Los servicios más utilizados fueron los disponibles en la escuela, seguidos de los servicios formales de salud mental.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Algunas de las fortalezas de este estudio están constituidas por el uso de metodología e instrumentos de uso internacional actual, previamente validados para Chile; lo que hace posible comparar con las publicaciones de otros países. El tamaño y cobertura de la muestra, el proceso de selección y pesaje, hacen que los resultados representen al 57% de los niños y adolescentes que viven en Chile. La tasa de participación de 82,4% fue muy satisfactoria respecto a otros estudios. El rango de edades incluidas en el estudio fue más amplio que la mayoría de las investigaciones en otros países. Al entrevistar directamente en los hogares, se descartó el sesgo presente en los estudios de poblaciones consultante. Además, se incluyó a los niños que no están en la escuela, los que no se evalúan en los estudios de población escolar.

También debemos señalar algunas debilidades: el hecho de no haber agregado una segunda medida de discapacidad aparte de la que está incluida dentro de la entrevista diagnóstica, puede haber aumentado nuestras prevalencias. Utilizamos solamente un informante: padres de niños, y el adolescente mismo, lo que nos impide eliminar el sesgo derivado del informante. Finalmente, la entrevista DISC, al igual que las demás entrevistas estructuradas y semiestructuradas, evaluó una serie de trastornos psiquiátricos nucleares, pero excluye otros, por ejemplo los trastornos del desarrollo, que requieren de otros instrumentos diagnósticos. Cada tipo de entrevista tiene características comunes y algunas diferencias específicas. Se eligió este instrumento, de validez comprobada en muchos países, que fue traducido al español por el equipo de Puerto Rico y validado para Chile en Concepción. Por ser una entrevista totalmente estructurada, basada en el informante, se elimina el sesgo clínico.

Nuestras cifras de prevalencia globales fueron más altas que en la mayoría de los países, al igual que lo encontrado en estudios de población adulta en Chile. Sin embargo, el estudio nacional de adolescentes norteamericanos tiene la misma tasa que el nuestro. Las cifras

de trastornos disruptivos son más altas que la mayoría de los estudios en otros países con entrevistas psiquiátricas. La prevalencia igual en hombres y mujeres del T. de Déficit Atencional/Hiperactividad, es distinto a la mayoría de las cifras de otros países. Sin embargo, los estudios específicos de las diferencias de género muestran que las mujeres con este trastorno son subdiagnosticadas y tiene peor evolución que los hombres.

Finalmente, esperamos que nuestros resultados y análisis entreguen información relevante para aumentar y perfeccionar los programas de salud mental infantojuvenil en nuestro país. Las altas cifras de trastornos ansiosos y T. de déficit atencional en nuestro niños y adolescentes, deberían ser motivo de preocupación de las autoridades del nivel central que planifican y diseñan programas de atención. El hecho que el T. de déficit atencional sea un trastorno tan prevalente en hombres como mujeres debe ser considerado en los planes de salud. Sería importante repetir éstos y otros estudios periódicamente para evaluar el impacto de los programas.

Igualmente, creemos aportar nuevos datos a la epidemiología infantojuvenil transcultural, especialmente en Latinoamérica, región sobre la cual escasean los datos objetivos.

Los autores declaran no tener conflictos de interés con relación a este artículo.

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): 972-986
2. Szatmari P. Editorial. More than counting milestones in child and adolescent psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(4): 353-355
3. Christie KA, Burke JD, Regier DA, *et al.* Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 971-5
4. Burke KC, Burke JD, Regier DA, *et al.* Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 511-8
5. WHO (2005). Atlas child and adolescent mental health resources and global concerns: Implications for the future. <http://www.who.int/mentalhealth/resources/Child-ad-atlas.pdf>
6. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(3): 226-236
7. Canino y Alegría M. Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008; 49(3): 237-25
8. 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): 251-275

9. Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, *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: 130-142
10. Rutter M, Nikapota A. Sociocultural/ethnic groups and psychopathology. En *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry, Fifth Edition*, Blackwell Publishing 2008, Ch.15, pp. 199-211
11. 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): 763-776
12. Roberts RE, Attkinson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 715-725
13. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, *et al.* Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-1313
14. Costello EJ. 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
15. De la Barra F. Epidemiología de Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2009; 47(4): 303-314
16. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. The prevalence of Child psychiatric disorders in South East Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 727-734
17. 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
18. Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AM, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2010; 45: 135-142
19. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, *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(44): 386-395
20. De la Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. IV: desórdenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2004; 42(4): 259-272
21. Viola L, Garrido G, Varela A. Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos. *Rev Psiquiatr Urug* 2008; 72: 1, 9-20
22. 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
23. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, *et al.* Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-844
24. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 252-261
25. Merikangas K, He J, Burstein M, Swanson S, Shelli Avenevoli S, Cui, Benjet C, Georgiades K Swendsen J. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *J Child Adolesc Acad Psychiat* 2010; 49(10): 980-989
26. Farbstein I, Mansbach-Kleinfeld I, Levinson D, Goodman R, Levav I, Vograft I, Kanaaneh R, *et al.* A Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2010; 51: 630-639
27. 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): 1203-1211
28. Merikangas K, Nakamura E, Kessler R. State of the art. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2009; 11: 7-20
29. Maj M. The Aftermath of the Concept of 'Psychiatric Comorbidity'. *Psychother. Psychosom.* 2005; 74: 67-68
30. Angold A, Costello J, Erkanli A. Comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 40(1): 57-87
31. Angold A, Costello J. Nosology and measurement in child and adolescent psychiatry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50(1-2): 9-15
32. Rutter M, Stevenson J. Using epidemiology to plan services: a conceptual approach. In *Rutter's Child & Adolescent Psychiatry, Fifth Edition*, Blackwell Publishing 2008, pp. 71- 80
33. 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): 900-914
34. 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): 1064-1077
35. 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
36. 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 timetrend study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47(3): 317-327
37. Angold A, Costello EJ, Burns BJ, *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: 154-160
38. De la Barra F. Epidemiología evolutiva en niños y adolescentes. *Rev Chil Neuro-psiquiat* 2010; 48(2): 152-159
39. Cicchetti D, Toth S. The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2009; 50 (1-2): 16-25
40. Moffit T E, Caspi A, Harrington H, *et al.* Males on the life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways: follow up at age 26. *Dev. Psychopathol* 2002; 179-207
41. Stouthamer-Loeber, Drinkwater M, Loeber R. Family functioning profiles, early onset of offending and disadvantaged neighbourhoods. *Int J Child Fam Welfare* 1999; 3: 247-56
42. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, *et al.* Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 448-56
43. Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A, *et al.* Maternal depression and children's antisocial behaviour: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 173-81
44. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, *et al.* The world report on violence and health. *Lancet* 2002; 1083-1088
45. Mantaymaa M, Puura K, Luoma I, *et al.* Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems. *Child Care Health Dev* 2003; 29: 181-91
46. Wright LB, Treiber F, Davis H, *et al.* The role of maternal hostility and family environment upon cardiovascular functioning

- among youth two years later: socioeconomic and ethnic differences. *Ethn Dis* 1998; 8: 367-76
47. 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: 166-172
 48. Centers for Disease Control and Prevention. National Health and Nutrition Examination Survey. <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm>, 2007
 49. Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, De la Barra F, Valdivia M, Melipillan R, *et al.* Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. *Rev Med Chile* 2010; 138: 965-974
 50. Vicente B, De la Barra F, Saldivia S, Kohn R, Rioseco P, Melipillan R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Santiago, Chile: a community epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011. DOI 10.1007/s00127-011-0415-3
 51. Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillan R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infantojuvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Med Chile* 2012; 140: 447-457
 52. Shaffer D, Fisher P, Lucas C, Dulcan M, Schwab-Stone M. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, Differences From Previous Versions, and Reliability of Some Common Diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39: 28-38
 53. Canino G, Bird H. The Spanish Diagnostic Interview Schedule: Reliability and Concordance with Clinical Diagnosis in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 720-726
 54. Weissman MM, Wickramaratne P, Adams P, Wolk S, Verdelli H, Olsson M. Brief screening for family psychiatric history: the Family History Screen. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 675-682
 55. Canino G, Shrout PE, Alegria M, Rubio-Stipec M, Chavez LM, Ribera JC, *et al.* A Methodological challenges in assessing children's mental health services utilization. *Mental Health Services Research* 2002; 4: 97-107