

Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín

BENJAMÍN VICENTE¹, SANDRA SALDIVIA^{1a}, PEDRO RIOSECO¹,
FLORA DE LA BARRA², MARIO VALDIVIA¹, ROBERTO MELIPILLAN^{1b},
MARIO ZÚÑIGA¹, BERTHA ESCOBAR^{3c}, ROLANDO PIHAN¹

Prevalence of mental health disorders among children and adolescents living in southern Chile

Background: The knowledge about prevalence of psychiatric disorders in all age groups is fundamental to plan an adequate mental health care. **Aim:** To determine the prevalence of DSM-IV psychiatric disorders in a representative sample of children and adolescents living in the province of Cautin, Chile. **Material and Methods:** Subjects aged between 4 and 18 years were selected in an aleatory stratified multistage fashion. As part of a national sample, four counties in Cautín were selected, then blocks, homes and the child or adolescent to be interviewed. Psychology graduate students applied the Spanish computer version of DISC-IV, as well as a questionnaire on family risk factors, socioeconomic index and service use. **Results:** A sample of 272 children and adolescents was evaluated, obtaining 93,4% of participation. Using the most stringent impairment algorithm, the prevalence rate for any psychiatric disorder was 16.8%, being 16.5% in boys and 17.1% in girls and mainly explained by anxiety and affective disorders. Prevalence was practically the same in the group aged 4 to 11 years than in those aged 12 to 18 years (16.7% and 16.8% respectively). Prevalence of anxiety disorders was the highest, but less associated with impairment. On the other hand, all children and adolescents with affective disorders were impaired. **Conclusions:** The prevalence of psychiatric disorders in Cautín is high in children and adolescents. (Rev Med Chile 2010; 138: 965-973).

Key words: Adolescent; Child, preschool; Mental health; Mental disorders.

¹Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

²Escuela de Medicina, Universidad de Chile.

³Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Autónoma de Chile.

^aPsicóloga, Doctora en Psicología.

^bPsicólogo, Magíster en Investigación Social y Desarrollo.

^cPsicóloga, Magíster en Salud Pública.

Trabajo financiado por Proyecto FONDECYT 1070519.

Recibido el 26 de enero de 2010, aceptado el 27 de julio de 2010.

Correspondencia a:

Benjamín Vicente
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción; Casilla 160-C, Concepción, Chile.
Fax: (41) 2312799
E-mail: bvicent@udec.cl

El conocimiento de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población general resulta fundamental para la planificación racional de los recursos para atender dicha demanda. En Chile se cuenta con estudios epidemiológicos en población adulta de gran calidad metodológica, uno de ellos representativo de la población nacional¹⁻³. Sin embargo, no hay estudios equivalentes en la población de niños y adolescentes.

De esta forma, toda la planificación en Salud Mental Infanto-Juvenil se basa en información a partir de dos fuentes. Una, estudios internacionales como los de Anderson y cols en Nueva Zelanda⁴, Bird y cols en Puerto Rico⁵, McGee y cols⁶, Puura

y cols en Finlandia⁷ y Canino y cols en Puerto Rico⁸, que muestran prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población infanto-juvenil entre el 17 y 20%.

La segunda fuente son estudios nacionales efectuados en muestras pequeñas y no representativas de la realidad nacional. Entre éstos está el estudio sobre una reducida muestra de alumnos que cursaban primero básico en establecimientos de tres comunas del área occidente de Santiago, a quienes se aplicó una entrevista psiquiátrica semi-estructurada⁹. Otros estudios realizados con muestras más amplias son sólo representativos de determinadas localidades¹⁰. Y, en general,

todos han utilizado instrumentos que no arrojan diagnósticos psiquiátricos categoriales sino que sólo identifican problemas conductuales y emocionales generales o perfiles de riesgo, tales como el CBCL o el TOCA-R^{11,12}. También se cuenta con estudios en población consultante en centros de especialidad^{13,14}.

Ante esta ausencia de información epidemiológica fiable, el equipo de investigación epidemiológica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción, con financiamiento FONDECYT, ha llevado a cabo el primer estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población chilena entre 4 y 18 años. Éste se diseñó sobre una muestra representativa de 4 provincias. Los resultados que se presentan corresponden a la provincia de Cautín. Los objetivos de esta publicación son conocer la prevalencia de trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de la población entre 4 y 18 años de la provincia de Cautín, su distribución según género y grupo étnico, y determinar la asociación de variables sociodemográficas con la presencia de los distintos trastornos psiquiátricos en la población estudiada.

Método

Se diseñó una muestra aleatoria probabilística que consideró una prevalencia de trastornos mentales en la población general entre 4 y 18 años de 18%, considerando los hallazgos de Canino y col⁸ para el estudio comunitario de prevalencias en población infanto-juvenil en Puerto Rico. Con una seguridad de 95% y un error máximo de 1,75, ésta alcanza a 272 sujetos en la provincia de Cautín.

La selección de los participantes se realizó con un muestreo probabilístico por conglomerados en cuatro etapas. El proceso de selección de la muestra consideró la subdivisión de las provincias en comunas y éstas en manzanas. Cada unidad se seleccionó al azar. Seleccionada la manzana, se contabilizó el número de hogares disponibles en cada una, excluyendo aquellos institucionales. Utilizando el censo nacional de 2002 se determinó el número de hogares requerido en cada manzana. Los hogares se eligieron en sentido horario, comenzando por el primero en la esquina norte de cada bloque o manzana. El orden de visita fue definido por muestreo aleatorio simple. El niño

o adolescente con el cumpleaños más cercano a la fecha de la entrevista fue seleccionado. De existir dos con igual fecha se usó una moneda, en el evento que fueran tres las tablas *Kish* ajustadas por sexo y edad pre-asignadas al azar¹⁵.

Obtenidas las probabilidades de selección de las distintas etapas de muestreo se calculó el peso para cada entrevistado. Usando los datos del Censo 2002 se construyó un factor de ajuste por población, empleando la distribución poblacional en términos de género y edad. Este factor se utilizó para ajustar los pesos obtenidos inicialmente, de modo de aumentar la precisión de las estimaciones.

Los desórdenes psiquiátricos DSM-IV fueron evaluados usando el DISC-IV, que corresponde a la versión más reciente del *Diagnostic Interview for Children*¹⁶ instrumento que está ampliamente validado en sus distintas versiones¹⁷⁻²⁵ incluyendo aquellas en español^{18,26-28}. La entrevista permite además determinar el nivel de discapacidad asociado, la que puede clasificarse en cuatro criterios que van desde A hasta D, siendo inclusivos y de menor a mayor exigencia. En este artículo se presentan los resultados de acuerdo a diagnóstico DSM-IV, y éste unido al criterio de discapacidad D, definido como la presencia de discapacidad en un ámbito con intensidad grave, de acuerdo al reporte del entrevistado, o la interferencia en dos ámbitos con una valoración de intensidad intermedia.

Las entrevistas se realizaron en el hogar, por entrevistadores previamente capacitados, aplicándose el instrumento directamente al adolescente, en el caso de los mayores de 12 años, o a sus padres en los de 12 años o menos.

El análisis estadístico se realizó con las funciones para diseño de muestras complejas de STATA 11.0. Los datos fueron ingresados con doble digitación, buscando minimizar errores. Para calcular errores estándar de los estimadores de los parámetros se usó el método de linearización de Taylor. Además de las prevalencias se realizó análisis de regresión logística binaria para estudiar la asociación entre la presencia de diagnóstico y eventuales variables predictoras.

El estudio contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad de Concepción y de FONDECYT. Se solicitó consentimiento informado de uno de los padres o adulto responsable; y, para entrevistados entre 12 y 18 años, del mismo entrevistado.

Resultados

La tasa de respuesta alcanzó a 93,4%, completándose satisfactoriamente 254 entrevistas. Si bien la muestra presenta una ligera diferencia en relación a la población en la distribución por género y edad, éstas no son significativas ($p = 0,297$ para edad; $p = 0,324$ para género) y se corrigen al pesar la muestra (Tabla 1).

La prevalencia general de los trastornos psiquiátricos estudiados, en los 12 meses previos al estudio, alcanzó a 28,1%, cifra que disminuye a

16,8% al aplicar el criterio para discapacidad.

Los trastornos ansiosos constituyen el grupo diagnóstico más frecuentes (18,9%), disminuyendo a 8,7% al corregir por criterio de discapacidad. Al estudiar patologías específicas es posible observar prevalencias más altas de trastornos por ansiedad de separación (9,5%) y trastorno de ansiedad generalizada (9,2%); sin embargo, al corregir por criterio de discapacidad éstas bajan a 4,2% y 2,3%, respectivamente, y el déficit atencional pasa a ser el más prevalente con 4,3% (Tabla 2).

Tabla 1. Características de la muestra en Cautín

Cautín	Muestra sin pesar	Muestra pesada	Población
Total (4 - 18 años)	254		189.134 (100,0%)
4 - 11 Años	136 (53,5%)	52,9%	100.078 (52,9%)
12 - 18 Años	118 (46,5%)	47,1%	89.056 (47,1%)
Masculino	128 (50,4%)	50,9%	96.243 (50,9%)
Femenino	126 (49,6%)	49,1%	92.891 (49,1%)

Tabla 2. Prevalencia de diagnóstico psiquiátrico DSM-IV en el último año en la provincia de Cautín

Trastornos	Diagnóstico según DISC-IV		Diagnóstico + Criterio para discapacidad	
	%	EE	%	EE
Trastornos ansiosos	18,9	3,0	8,7	2,4
Fobia social	3,1	1,3	2,2	1,2
Trastorno de ansiedad generalizada	9,2	2,7	2,3	1,6
Trastorno por ansiedad de separación	9,5	1,2	4,2	1,9
Trastornos afectivos	4,1	1,7	4,1	1,7
Trastorno depresivo mayor	4,1	1,7	4,1	1,7
Distimia	-	-	-	-
Trastornos por comportamiento disruptivo	8,6	2,7	5,6	1,9
Trastorno disocial	0,7	0,5	0,6	0,5
Trastornos oposicionista desafiante	3,9	1,6	1,4	0,7
TDAH	5,0	1,3	4,3	1,6
Trastornos por consumo de alcohol y sustancias	3,6	1,3	1,2	0,8
Abuso de alcohol	1,8	1,1	0,3	0,3
Dependencia de alcohol	1,0	0,8	0,8	0,7
Abuso de THC	0,2	0,2	-	-
Dependencia de THC	0,2	0,2	0,2	0,2
Dependencia de nicotina	1,2	0,9	0,2	0,2
Abuso de otras sustancias	0,2	0,2	-	-
Dependencia de otras sustancias	0,2	0,2	-	-
Esquizofrenia	0,9	0,8	-	-
Cualquier diagnóstico	28,1	2,0	16,8	2,3

La prevalencia global de patología psiquiátrica en varones alcanza a 28,7%, que disminuye a 16,5% al utilizar el criterio de discapacidad. El 27,5% de mujeres había presentado un diagnóstico psiquiátrico en el último año, ajustándose a un 17,1%, usando criterio de discapacidad. Los trastornos ansiosos son los más frecuentes en ambos géneros, con 15,0% en varones y 23,1% en mujeres; sin embargo, al aplicar el criterio de discapacidad en mujeres continúa siendo el diagnóstico más frecuente (11,2%), pero en varones los trastornos por comportamiento disruptivo pasan a ser más prevalentes (6,8%).

Si se analizan las patologías específicas se observa que en mujeres son más prevalentes los trastornos por ansiedad generalizada (13,1%) y por ansiedad de separación (10,3%), pero al corregir según criterio de discapacidad aparece el trastorno depresivo mayor como más frecuente (4,9%). En varones son más prevalentes los trastornos por ansiedad de separación (8,6%) y el trastorno por déficit atencional (6,7%). Sin embargo, esto se invierte al corregir por criterio de discapacidad (Tabla 3).

Al distribuir la población por grupos etarios la prevalencia global de cuadros psiquiátricos es

Tabla 3. Prevalencia de trastornos psiquiátricos DSM-IV en el último año en la provincia de Cautín, según género

Trastornos	Varones				Mujeres			
	Diagnóstico según DISC-IV		Diagnóstico + Criterio para discapacidad		Diagnóstico según DISC-IV		Diagnóstico + Criterio para discapacidad	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos ansiosos	15,0	2,0	6,3	1,2	23,1	5,1	11,2	3,7
Fobia social	2,4	1,5	2,1	1,5	3,9	2,3	2,3	1,9
Trastorno de ansiedad generalizada	5,5	1,2	-	-	13,1	4,4	4,8	3,1
Trastorno por ansiedad de separación	8,6	2,1	4,2	2,4	10,3	1,7	4,2	1,8
Trastornos afectivos	3,4	2,0	3,4	2,0	4,9	2,2	4,9	2,2
Trastorno depresivo mayor	3,4	2,0	3,4	2,0	4,9	2,2	4,9	2,2
Distimia	-	-	-	-	-	-	-	-
Trastornos por comportamiento disruptivo	11,0	3,5	6,8	2,1	6,1	3,1	4,4	2,9
Trastorno disocial	1,1	1,0	1,1	1,0	0,3	0,3	-	-
Trastornos oposicionista desafiante	4,9	2,2	1,7	0,8	2,9	1,1	1,2	0,6
TDAH	6,7	2,5	5,4	1,7	3,2	2,9	3,2	2,9
Trastornos por consumo de alcohol y sustancias	6,2	2,0	1,6	1,5	1,0	0,3	0,7	0,6
Abuso de alcohol	2,5	1,8	-	-	1,0	0,4	0,7	0,6
Dependencia de alcohol	2,0	1,6	1,6	1,5	-	-	-	-
Abuso de THC	0,3	0,4	-	-	-	-	-	-
Dependencia de THC	0,4	0,5	0,4	0,5	-	-	-	-
Dependencia de nicotina	2,4	1,6	0,4	0,5	-	-	-	-
Abuso de otras sustancias	0,4	0,5	-	-	-	-	-	-
Dependencia de otras sustancias	0,4	0,5	-	-	-	-	-	-
Esquizofrenia	1,8	1,6	-	-	-	-	-	-
Cualquier diagnóstico	28,7	3,5	16,5	2,6	27,5	4,3	17,1	2,8

muy semejante entre niños de 4 a 11 años, 27,6% que se ajusta a 16,7% al aplicar criterios de discapacidad, y adolescentes de 12 a 18 años, 28,7% que se ajusta a 16,8%. Los trastornos ansiosos son el grupo diagnóstico más frecuente en ambos rangos etarios (19,0% en niños y 18,9% en adolescentes), pero al ajustar por criterios de discapacidad los trastornos por comportamiento disruptivos pasan a ser el diagnóstico más frecuente en el grupo de menor edad (8,6%).

Si se analizan patologías específicas, el diagnóstico más frecuentes en niños de 4 a 11 años es el trastorno por déficit atencional, con 8,7% que

se ajusta a 7,4% al aplicar discapacidad; mientras que en los adolescentes es el trastorno de ansiedad generalizada, con 12,5% que disminuye hasta 2,9% al corregir por discapacidad, pasando a ser el trastorno por ansiedad de separación la patología más prevalente en los adolescentes (8,0%) (Tabla 4).

Los trastornos del ánimo tienen una prevalencia más baja que los trastornos ansiosos y son más frecuentes en el grupo adolescente. Todos los casos detectados con trastorno depresivo mayor, están asociados a discapacidad.

Los trastornos por abuso de sustancias se observan sólo en el grupo adolescente, con una

Tabla 4. Prevalencia de trastornos psiquiátricos DSM-IV en el último año en la provincia de Cautín, según grupo etario

Trastornos	4-11 años				12-18 años			
	Diagnóstico según DISC-IV		Diagnóstico + Criterio para discapacidad		Diagnóstico según DISC-IV		Diagnóstico + Criterio para discapacidad	
	%	EE	%	EE	%	EE	%	EE
Trastornos ansiosos	19,0	3,9	6,7	1,6	18,9	9,1	10,9	5,2
Fobia social	5,2	2,1	4,1	2,2	0,8	0,9	-	-
Trastorno de ansiedad generalizada	6,4	2,3	1,8	1,4	12,5	6,7	2,9	2,9
Trastorno por ansiedad de separación	9,6	2,4	0,8	0,9	9,3	3,9	8,0	3,4
Trastornos afectivos	2,6	1,7	2,6	1,7	5,9	2,5	5,9	2,5
Trastorno depresivo mayor	2,6	1,7	2,6	1,7	5,9	2,5	5,9	2,5
Distimia	-	-	-	-	-	-	-	-
Trastornos por comportamiento disruptivo	13,6	4,1	8,6	3,2	3,0	1,8	2,3	1,6
Trastorno disocial	-	-	-	-	1,5	1,2	1,2	1,0
Trastornos oposicionista desafiante	5,8	2,3	1,7	0,8	1,9	1,3	1,2	1,0
TDAH	8,7	2,4	7,4	3,1	0,8	0,7	0,8	0,7
Trastornos por consumo de alcohol y sustancias	-	-	-	-	7,7	2,8	2,5	1,5
Abuso de alcohol	-	-	-	-	3,8	2,2	0,7	0,6
Dependencia de alcohol	-	--	-	-	2,1	1,5	1,8	1,4
Abuso de THC	-	-	-	-	0,4	0,4	-	-
Dependencia de THC	-	-	--	-	0,5	0,5	0,5	0,5
Dependencia de nicotina	-	-	-	-	2,6	2,1	0,5	0,5
Abuso de otras sustancias	-	-	-	-	0,5	0,5	-	-
Dependencia de otras sustancias	-	-	-	-	0,5	0,5	-	-
Esquizofrenia	1,7	1,5	-	-	-	-	-	-
Cualquier diagnóstico	27,6	4,1	16,7	2,8	28,7	6,2	16,8	5,4

Tabla 5. Edad, género y nivel socioeconómico como factores de riesgo para presentar un trastorno psiquiátrico en la Provincia de Cautín

	Trastornos ansiosos			Trastornos afectivos			Trastornos por comportamiento disruptivo			Trastornos por consumo de alcohol y sustancias			Cualquier trastorno		
	Diagnóstico DISC-IV	DISC IV + Impedimento D	OR	Diagnóstico DISC-IV	DISC IV + Impedimento D	OR	Diagnóstico DISC-IV	DISC IV + Impedimento D	OR	Diagnóstico DISC-IV	DISC IV + Impedimento D	OR	Diagnóstico DISC-IV	DISC IV + Impedimento D	OR
Género															
Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Femenino	1,70 (0,74-3,93)	1,89 (0,89-4,04)	1,49 (0,28-7,96)	1,49 (0,28-7,96)	1,49 (0,28-7,96)	0,52 (0,13-2,08)	0,62 (0,10-3,91)	0,16*** (0,10-0,26)	0,43 (0,02-10,20)	0,94 (0,42-2,14)	1,04 (0,62-1,75)				
Edad															
4-11	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
12-18	0,99 (0,14-7,20)	1,70 (0,33-8,60)	2,37 (0,40-14,14)	2,37 (0,40-14,14)	0,20* (0,05-0,78)	0,26 (0,04-1,56)	-	-	-	1,06 (0,33-3,41)	1,01 (0,29-3,52)				
NSE															
Quintil 5	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Quintil 4	0,29 (0,04-2,04)	0,13 (0,01-2,32)	-	-	0,33 (0,05-2,31)	0,18 (0,03-1,25)	1,72 (0,07-44,19)	0,40 (0,11-1,41)	2,54 (0,10-62,75)	0,16 (0,02-1,09)					
Quintil 3	0,88 (0,24-3,24)	0,90 (0,20-4,08)	1,54 (0,53-4,46)	1,54 (0,53-4,46)	0,39 (0,06-2,40)	1,54 (0,03-1,22)	0,71 (0,35-1,47)	0,47 (0,13-1,70)	-						
Quintil 2	1,65 (0,26-10,71)	0,49 (0,04-6,40)	0,19 (0,01-2,49)	0,19 (0,01-2,49)	0,88 (0,39-5,58)	0,28-2,84	1,01 (0,24-4,22)	0,63 (0,15-2,62)	-						
Quintil 1	1,39 (0,48-3,97)	0,66 (0,13-3,41)	1,49 (0,29-7,74)	1,49 (0,29-7,74)	0,62 (0,05-7,45)	0,17 (0,02-1,69)	1,03 (0,55-1,96)	0,68 (0,26-1,75)	6,56 (0,09-505,1)						

*p < 0,05; **p < 0,01; -: Sin casos en alguno de los grupos. NOTA: Quintil 1: \$ 0 - \$ 13.750; Quintil 2: \$ 13.751 - \$ 24.000; Quintil 3: \$ 24.001 - \$ 43.334; Quintil 4: \$ 43.335 - \$ 75.000; Quintil 5: Mayor a \$ 75.000.

prevalencia de 7,7%, que baja a 2,5% al aplicar el criterio de discapacidad. No se encontró ningún trastorno de alimentación.

Al estudiar la asociación entre algunas variables demográficas y la presencia de patologías, sólo se encontró asociación entre pertenecer al género femenino y una menor probabilidad de presentar trastornos por consumo de alcohol y sustancias (OR = 0,16; IC = (0,10-0,26); $p < 0,01$); y entre ser adolescente y una menor probabilidad de presentar trastornos por comportamiento disruptivo (OR = 0,20; IC = (0,05-0,78); $p < 0,05$), como se observa en la Tabla 5.

Discusión

El artículo recoge los resultados de una de las provincias incluidas en el estudio nacional, en consecuencia, sus resultados no son extrapolables a la realidad nacional. Además, dado que no existen estudios poblacionales nacionales previos, toda comparación con los resultados publicados en la literatura nacional e internacional debe ser realizada con cautela.

La prevalencia global anual de trastornos psiquiátricos en la población estudiada alcanza a 28,1% previa a la aplicación de criterio de discapacidad. Ésta resulta mayor que la publicada por Canino y cols⁸ quienes, en un estudio utilizando el mismo instrumento en Puerto Rico, evaluaron a 1.886 menores entre 4 y 17 años obteniendo una prevalencia bruta de 19,8%; y también mayor que la informada por Anderson y cols en Nueva Zelanda⁴ quienes utilizando el DISC-C, que arroja diagnóstico DSM-III, encontraron una prevalencia de 17,6%.

Si se comparan los resultados con los publicados en los escasos estudios nacionales que entregan diagnóstico, con la cautela ya explicitada, la prevalencia global de 28,1% se aproxima a la publicada por Toledo y cols, para los alumnos de 1º básico (24,2%)⁹, y a la publicada por de la Barra y cols, para los alumnos de 1º básico que mostraba 27,2%. Pero es notablemente menor que la informada por la misma autora para 6º básico donde la prevalencia llegaba a 45,7%¹². En ambos casos son muestras de extraídas de población escolar de un área delimitada de la ciudad de Santiago y los diagnósticos se basan en entrevistas clínicas sistematizadas efectuadas por médicos especialistas.

Otro aspecto a considerar es la disminución de

la prevalencia al utilizar los criterios de impedimento. La prevalencia global disminuye desde 28,1% a 16,8% al aplicar el criterio D de discapacidad, el más estricto. Este descenso es mayor que el publicado por Canino y cols, quienes demuestran una disminución en la prevalencia de 19,8% a 16,4% al utilizar los criterios de discapacidad del mismo instrumento⁸, pero menor a lo encontrado por de la Barra y cols, que describen un descenso en la prevalencia desde un 45,7% a 15,7%, al utilizar criterios para discapacidad¹². La incorporación de criterios de discapacidad, permite seleccionar a partir del grupo de menores con sintomatología suficiente para diagnosticar una patología a aquellos con un nivel de compromiso (sufrimiento o discapacidad) clínicamente significativo, que hace necesaria, casi de regla, una intervención especializada.

Al analizar patologías específicas, el grupo de diagnósticos más prevalentes fue el de los trastornos ansiosos, con 18,9% corregido a 8,7% con criterio de discapacidad. Los trastornos por comportamiento disruptivo son la segunda patología más frecuente, con cifras de 8,6% que disminuye a 5,1% al corregir por discapacidad. El resultado es inverso al encontrado por Canino y cols⁸, quienes reportan una prevalencia más alta de trastornos disruptivos, seguido por los trastornos ansiosos.

Si se comparan las prevalencias por género se observan claras diferencias. Si bien en ambos grupos los trastornos ansiosos son los más frecuentes, la prevalencia en mujeres alcanza casi al doble que en los varones y, al corregir por discapacidad, en estos últimos los trastornos por comportamientos disruptivos, y el déficit atencional específicamente, aparecen como más frecuentes, mientras en las mujeres adquiere importancia la depresión mayor como patología específica. Esto concuerda con la literatura, en el sentido de identificar un perfil epidemiológico distinto donde predominan los cuadros disruptivos del comportamiento en los varones, y los cuadros afectivos en las mujeres²⁹.

El análisis por grupos etarios muestra una mayor prevalencia de cuadros por comportamiento disruptivo, y TDAH en particular, en el grupo de menor edad y un aumento de patología depresiva en el grupo de adolescentes, junto a la ausencia de trastornos por uso de alcohol y sustancias en los más pequeños. Los hallazgos, a excepción de los relacionados con alcohol y sustancias que no fueron estudiados en dicha muestra, son consistentes

con lo reportado por De La Barra y cols¹² entre los alumnos de 1° y 6° básico. Sin embargo, es importante consignar que en nuestro estudio la fuente de información fue distinta en los dos grupos etarios, por lo que alguna proporción de las diferencias podrían atribuirse, al menos parcialmente, a la dificultad en los adolescentes para percibir problemas conductuales en ellos mismos, así como a la dificultad de los padres y/o cuidadores para identificar síntomas depresivos y/o de consumo de alcohol y drogas en sus hijos pequeños. Este aspecto constituye una de las limitaciones de nuestro estudio que puede ser salvada al incorporar al análisis los resultados de cuestionarios aplicados a los padres de los adolescentes.

Desde un punto de vista más global, llama la atención que la disminución de las prevalencias al utilizar criterios de discapacidad es notoria en los trastornos ansiosos, mucho menor en los trastornos disruptivos, e inexistente en los trastornos afectivos. Es probable que cuando algunas patologías, como los trastornos del ánimo, alcanzan criterios clínicos suficientes para ser diagnosticadas, impliquen también una gravedad suficiente que genera discapacidad. En cambio, muchos de los trastornos ansiosos que cumplen criterios diagnósticos pueden no tener la gravedad suficiente para asociarse a discapacidad. Ello abre la discusión acerca de la pertinencia de tratar o no a estos menores, cuya sintomatología es por el momento no invalidante, y su impacto futuro debe ser estudiado en profundidad.

Finalmente, las dos únicas asociaciones encontradas, la menor probabilidad de presentar trastornos del comportamiento en el grupo de mayor edad y trastornos por abuso de sustancias en el sexo femenino, pierden validez estadística al incorporar criterio de discapacidad. Ello no confirma los hallazgos de Canino y cols⁸, quienes encontraron una asociación positiva entre sexo masculino y trastornos del comportamiento, particularmente déficit atencional; y una asociación negativa entre sexo masculino y el grupo de los trastornos afectivos, y depresión mayor en particular; así como una relación positiva entre edad y trastornos ansiosos y del ánimo; relaciones demostradas una vez aplicado el criterio de discapacidad.

Pese a las limitaciones inherentes al estudio, como el tamaño muestral, que dificulta la obtención de diferencias estadísticamente significativas,

y el hecho que sólo se utilizó el auto-reporte en los adolescentes, la presente investigación da cuenta de una muestra rigurosamente diseñada que es representativa de la totalidad de la población entre 4 y 18 años de la provincia de Cautín, constituyendo de esta manera los primeros resultados de prevalencia de patologías psiquiátricas en población general infanto-juvenil publicados para el país. La importancia de estos hallazgos radica en que permiten, desde ya, contar con una base objetiva para la planificación y asignación de recursos en Salud Mental del niño y del adolescente, permitiendo tanto la formación y capacitación de recursos humanos en áreas prioritarias como la asignación de recursos a grupos específicos con mayores vulnerabilidades para ciertas patologías. Por otra parte, aunque estos hallazgos son representativos sólo de una provincia del país, constituyen la primera aproximación al conocimiento de la real magnitud del problema de salud mental en la población infantojuvenil chilena.

Referencias

1. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuña, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile. *Br J Psychiat* 2001; 178: 228-33.
2. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de epidemiología psiquiátrica (ECEP). *Rev Med Chile* 2002; 130: 527-36.
3. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Baker CL, Torres S. Psychiatric Prevalence Study. Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates. *Br J Psychiat* 2004; 184: 299-305.
4. Anderson JC, William S, Mc Gee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiat* 1987; 44: 69-76.
5. Bird H, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould M, Ribera J, Sesman M, et al. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Arch Gen Psychiat* 1988; 45: 1120-6.
6. Mc Gee R, Fecham M, William S, Fortridge F, Silva P, Kelly J. DSM-III disorder in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1990; 29: 611-9.
7. Puura K, Almqvist F, Tamminet T, Piha J, Rasamen E, Kumpulainen K, et al. Psychiatric disturbances among prepuberal children in South Finland. *Soc. Psychiatry Psychiatry Epidem* 1998; 33: 310-8.
8. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R, et al. The DSM-IV Rates of Child and

- Adolescent Disorders in Puerto Rico. Prevalence, Correlates, Service Use, and the Effects of Impairment. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 85-93.
9. Toledo V, De La Barra F, López C, George M, Rodríguez J. Diagnóstico psiquiátrico de una cohorte de escolares de primer año de enseñanza básica del Área Occidente de Santiago. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1997; 35: 17-24.
 10. Bralic S, Seguel X, Montenegro H. Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago de Chile. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 1987; 33: 316-25.
 11. De La Barra F, Toledo V, Rodríguez J. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. I: Prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40: 9-21.
 12. 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: 259-72.
 13. Almonte C, Capurro G. Estructura de la Morbilidad Psiquiátrica en niños y adolescentes en consulta ambulatoria y Hospitalización. *Psiquiatría y Salud Mental* 2001; 18: 22-8.
 14. Recart C, Castro P, Álvarez H, Bedregal P. Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico del sistema privado de Salud en Chile. *Rev Med Chile* 2002; 130: 295-303.
 15. Kish L. *Survey Sampling*. New York, NY, John Wiley & Sons; 1965.
 16. Costello AJ, Edelbrock CS, Duncan MK, Kalas R (1984). Las pruebas del NIMH Entrevista Diagnóstica para Niños (DISC) en una población clínica. Rockville, MD: Centro de Estudios Epidemiológicos, Informe del Instituto Nacional de Salud Mental.
 17. Herzog, David B. Sensitivity of the Diagnostic Interview Schedule for Children, 2nd edition (DISC-2.1) for specific diagnoses of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 666-73.
 18. Schwab-Stone M, Fallon T, Briggs M, Crowther B. Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years: a test-retest study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1048-54.
 19. Schwab-Stone M, Shaffer D. Criterion Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3). *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1996; 35: 878-88.
 20. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study: Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 865-77.
 21. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, et al. The NIMA Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3(DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1996; 35: 865-77.
 22. Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P, Cohen P, Piacentini J, Davies M, et al. The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, Field Testing, Interrater Reliability, and Acceptability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1993; 32: 3.
 23. 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2000; 39: 28-38.
 24. Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan Mk, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children VersionIV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2000; 39: 28-38.
 25. Hough RL. Comparing DISC-IV and clinician Diagnoses among youths receiving public mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2003; 42: 349-56.
 26. Karno M, Burman A, Escobar J, Hough R, Eaton W. Development of the Spanish-Language Version of the National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1183-8.
 27. Canino G, Bird H. The Spanish Diagnostic Interview Schedule: Reliability and Concordance with Clinical Diagnosis in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiat* 1987; 44: 720-726.
 28. Bravo M, Ribera J, Rubio-Stípec M, Canino G, Shrout P, Ramírez R, et al. Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29: 433-44.
 29. Polanczyk G, Silva de Lima M, Horta B, Biederman J, Rohde L. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 942-8.