

## Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género

Máximo Aláez Fernández, Rosario Martínez-Arias\* y Carlos Rodríguez-Sutil\*  
Ayuntamiento de Madrid, \* Universidad Complutense de Madrid

Presentamos la segunda parte de un estudio sobre las características de los niños y adolescentes cuyos padres solicitan tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Salud. Se presentan las tasas de prevalencia diagnóstica y su relación con la edad y el género de los sujetos. La muestra se compone de 404 sujetos (265 varones y 139 mujeres) con edades comprendidas entre los 0 y los 18 años. Los trastornos más prevalentes fueron los de conducta (23.0 %), seguidos de los depresivos (14.6 %), de ansiedad (13.3 %), del desarrollo (12.7 %) y de eliminación (9.7 %). Se encontró una correlación altamente significativa entre el tipo de trastorno y la edad de los sujetos ( $\chi^2 = 76.33$ , g.l. = 30,  $p = 0.0001$ ), mostrando así que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva. También encontramos una correlación significativa entre el tipo de trastorno y el género ( $\chi^2 = 33.92$ , g.l. = 10,  $p = 0.0001$ ).

*Prevalence of psychological disorders in children and adolescents and its relation with age and gender:* We present the second part of our research about the characteristics of the children and adolescents whose parents asked for psychological treatment in a Community Health Center. We describe the diagnostic prevalence rates and its relation with the age and gender of the subjects. 404 subjects (265 males and 139 females), aged 0 to 18 years, constitute the sample. The behavioral disorders were the most prevalent (23.0 %), followed by depressive (14.6 %), anxiety (13.3 %), developmental (12.7 %) and elimination (9.7 %) disorders. A significant pattern of relationship between age and diagnostic categories was found ( $\chi^2 = 76.33$ , g.l. = 30,  $p = 0.0001$ ), suggesting that psychopathology follows an evolutive pattern. We also found a significant pattern of relationship between the type of disorder and gender ( $\chi^2 = 33.92$ , g.l. = 10,  $p = 0.0001$ ).

La prevalencia de trastornos psicológicos en muestras clínicas es uno de los indicadores para la planificación de servicios en Salud Mental. A diferencia de los estudios que usan muestras comunitarias, que informan de la demanda potencial, los que utilizan muestras clínicas nos dan información sobre la demanda real que se produce en los servicios en un período determinado de tiempo. En la población infanto-juvenil, este tipo de trabajos son escasos aún en nuestro medio, aumentando el interés por el tema a partir del desarrollo de los Servicios Públicos que atienden a este sector (Vázquez, Banda, Mellado y Jiménez, 1988; Goñi y Cortaire, 1991; Pedreira, Rodríguez-Sacristán y Zaplana, 1992; Elorza, Failde, Ezcurra y Casais, 1993; Bragado et al., 1995; Gutiérrez et al., 1995; López et al., 1995; Castro y Lago, 1996; Cortajarena, González, Ugarte y Lasa, 1997; Palazón, 1998).

La mayoría de estos trabajos encuentran una relación entre la prevalencia y las variables edad y género. Así, Bragado et al. (1995) descubren, con una muestra clínica de 236 sujetos entre 6 y 17 años, que los trastornos de conducta y de eliminación disminuyen al aumentar la edad de los sujetos, mientras que los trastor-

nos depresivos y de alimentación aumentan. Los datos permiten a estas autoras afirmar que la psicopatología infantil sigue una pauta evolutiva, coincidiendo con otros estudios citados por ellas mismas, y realizados con muestras comunitarias. En cuanto al género, estas autoras encontraron una tendencia cercana a la significación en su relación con el tipo de trastorno, siendo más frecuentes los trastornos de conducta, del sueño y eliminación en los varones, y los de alimentación, ansiedad y depresión en las mujeres. Gutiérrez et al. (1995), en una muestra de 249 niños menores de 7 años, encontraron que la razón varones/mujeres era de 4.3 a favor de los varones en los trastornos específicos del desarrollo, 2.0 para los trastornos adaptativos, 1.9 en los de conducta, 1.7 en los de eliminación, 0.6 en los de ansiedad, y 0.4 en los trastornos de la conducta alimentaria. Pedreira et al. (1992), en 221 sujetos menores de 15 años, encontraron que las mujeres presentaban mayores tasas de ansiedad e inhibición, y los varones más trastornos de conducta y más dificultades madurativas, no habiendo diferencias en el diagnóstico de psicosis.

### Objetivos del estudio

El presente estudio pretende establecer las tasas de prevalencia diagnóstica en la población entre 0 y 18 años que consulta en la unidad de Psicología del CIS de Hortaleza, centro público dependiente del Ayuntamiento de Madrid, entre los años 1990 y 1996, y descubrir la relación entre las categorías diagnósticas asignadas y

---

Correspondencia: Máximo Aláez Fernández  
CMS Hortaleza  
Ayuntamiento de Madrid  
28042 Madrid (Spain)

las variables edad y género de los sujetos. Es, por tanto, un estudio descriptivo transversal, a partir de los registros de las Historias Clínicas de los sujetos. Forma parte de un trabajo más amplio cuya primera parte (Aláez, Martínez-Arias y Rodríguez-Sutil, 1998) se centró en el análisis de los factores sociodemográficos y de riesgo relacionados con la demanda de asistencia en el centro, a través de un cuestionario autoaplicado para padres.

### Metodología

#### *Sujetos*

La muestra del estudio está formada por los 404 sujetos menores de 19 años que consultan en la unidad de Psicología del CIS de Hortaleza entre los años 1990 y 1996; de ellos, 265 son varones (65.6 por ciento) y 139 mujeres (34.4 por ciento). La media de edad es de 9.77 años (9.45 los varones y 10.45 las mujeres), con 52 sujetos en el grupo de edad entre 0-5 años (el 12.9 por ciento), 149 entre 6 y 9 años (el 36.9 por ciento), 126 entre 10 y 13 años (el 31.2 por ciento), y 77 entre 14 y 18 años (el 19.1 por ciento). La media de edad de los padres es de 40.8 para el padre y 37.2 para la madre; un 25.7 por ciento de las mujeres han tenido su primer hijo con 20 años o menos; el número medio de hermanos es de 2.39; y, en un 27.7 por ciento de los sujetos, los padres están separados o divorciados. Otras características demográficas están descritas en Aláez et al. (1998). Los sujetos son derivados para tratamiento psicológico desde los Centros de Atención Primaria de Salud, los Equipos de Orientación Educativa, Servicios Sociales Municipales, y otros programas del propio Centro Municipal de Salud.

#### *Procedimiento*

A todos los sujetos de la muestra se les adjudicó código diagnóstico por la misma persona (el primer autor del trabajo). Para la realización del diagnóstico se siguió el procedimiento habitual de diagnóstico clínico, que integra información de distintas fuentes (habitualmente padres, profesores y el propio niño) y procedimientos (entrevistas, registros, autoinformes, etc.). Como forma estandarizada de actuación, la información de los padres se obtuvo a través de un cuestionario estructurado autoaplicado (Aláez et al., 1998) y protocolos de entrevista particulares según el motivo de consulta; la del niño, a través de la entrevista clínica, registros y cuestionarios; y al profesor se le pedía que rellenase el CBCL-Formulario para profesores (Achenbach y Edelbrock, 1983). Finalizada la fase de evaluación diagnóstica, habitualmente tras la segunda o tercera entrevista, se asignó a cada sujeto un código diagnóstico aplicando los criterios de la CIE-9-9ª Revisión-CM (Ministerio de Sanidad, 1988), que era el utilizado por los sistemas de registro de la Comunidad de Madrid en el momento del estudio. Cuando en un mismo sujeto concuerda más de un diagnóstico, cosa frecuente en la población infanto-juvenil, se eligió como diagnóstico principal aquel que motivó la consulta, o por el que se abrió la Historia en el Centro.

Posteriormente hubo de realizarse la conversión de los códigos diagnósticos al sistema CIE-10, para lo que se utilizaron las tablas de conversión entre la CIE-9 y CIE-10 elaboradas por la Organización Mundial de la Salud y que permiten una traducción automática recíproca entre los datos de uno y otro sistema (OMS, 1993). En la conversión de los códigos entre ambos sistemas y,

para la agrupación de los diagnósticos individuales en las categorías más generales, como se muestra en la Tabla 1, se producen algunas dudas entre categorías que en la CIE-9 incluyen en su descripción síntomas mixtos de ansiedad y depresión. Es el caso de algunos de los diagnósticos que la CIE-9 incluye en las categorías 309 (Reacción de Adaptación) y 313 (Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia). Estas dudas proceden de un problema reconocido en la literatura actual y no resuelto en los sistemas de diagnóstico categorial: la alta concurrencia entre los trastornos de ansiedad y depresión en la infancia. Bragado (1994) afirma que «alrededor de un 30-40 por ciento de los niños comparten ambos diagnósticos» (p.84). También Patter-son, Greising, Hyland y Burger (1997), al revisar una investigación anterior de Epkins y Meyers (1994) donde se sugería que ansiedad y depresión son factores independientes, concluyen que, tanto los estudios sobre validez convergente y discriminante como la evidencia clínica de comorbilidad, indican que no es posible diferenciarlos como constructos o factores independientes en la infancia; bien al contrario, en poblaciones clínicas infantiles, depresión y ansiedad aparecen altamente correlacionadas. También Anderson, Williams, McGee y Silva (1987), encontraron que el 17 por ciento de los niños diagnosticados de trastorno de ansiedad cumplían igualmente los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo.

En este trabajo hemos decidido incluir en la categoría de los trastornos depresivos los códigos 309.0, 309.2, 313.1, 313.8 y 313.9 de la CIE-9; mientras que los códigos 313.0 y 313.2 se han incluido en los trastornos de ansiedad (ver Tabla 1). Para evitar la dispersión de los sujetos, y poder realizar análisis posteriores, los diagnósticos individuales fueron agrupados en categorías más generales, siguiendo la propia categorización de la CIE-10 y las agrupaciones más habituales en otros estudios epidemiológicos infantiles, manteniendo, en la medida de lo posible su capacidad descriptiva para reflejar mejor la variedad de problemas psicopatológicos que llegan al Servicio.

Para establecer la relación entre edad y tipo de trastorno, hemos agrupado a los sujetos en los siguientes intervalos: 0-5 años; 6-9; 10-13; y 14-18 años, pues entendemos que son los que mejor se ajustan a las etapas evolutivas y escolares.

#### *Análisis de datos*

En el tratamiento estadístico de los datos se ha utilizado el programa SPSS para Windows (versión 7.5). Las relaciones entre el diagnóstico asignado y las variables edad y género fueron analizadas mediante tablas de contingencia, previa discretización de la variable edad, para evaluar el grado de relación entre las variables. En los casos en que el estadístico  $\chi^2$  resultó ser estadísticamente significativo ( $p < .05$ ), se procedió a realizar un análisis de los residuos tipificados corregidos, para examinar las casillas de la tabla responsables de la asociación (se consideraron como estadísticamente significativos ( $p < .05$ ) los residuos mayores o iguales a  $|2|$ ), así como los coeficientes de contingencia. Para estimar la magnitud de las diferencias entre varones y mujeres en los diferentes diagnósticos asignados, se ha calculado la razón entre ambos (razón v/m). Al ser un estudio que abarca las Historias abiertas durante seis años, se realizó un primer análisis para saber si existían diferencias de prevalencia a lo largo del tiempo; al no hallarse, esta variable se ha descartado en los análisis posteriores.

*Tabla 1*  
Categorías diagnósticas y equivalencias entre los sistemas CIE-9 y CIE-10

Categorías	Diagnósticos CIE-9	Diagnósticos CIE-10
<b>1. Trastornos de Conducta</b>	309.3 Reacción de Adaptación, con alterac. predominantes de la conducta	F43.2 (subtipos 24 y 25) Trastornos de Adaptación
	309.4 Con alteración simultánea de las emociones y la conducta	F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos
	312.0 Perturbación insocial de la conducta expresada en forma individual	F91.1 Trast. disocial en niños no socializados
	312.1 Perturb. de la conducta en pandilla	F91.2 Trast. disocial en niños socializados
	312.2 Trastorno compulsivo de la conducta	F92 Trast. disociales y de las emociones mixtos
	312.3 Perturbac. mixta (emoc. y conducta)	
	<b>2. Trastornos Depresivos</b>	296.1 Psicosis maniaco depresiva, tipo depresivo
309.0 Reacción depresiva breve		F43.2 (Subtipos 20, 21 y 23) Trast. de Adaptación (Reacción depresiva breve)
309.1 Reacción depresiva prolongada		F43.21 Reacción depresiva prolongada
309.2 Con predominio de alteración de otras emociones		F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia
313.1 Perturbación de las emociones, con sentimientos de infelicidad y tristeza		F93.9 Trastornos de las emociones en la infancia, sin especificación
313.8 Trastornos mixtos u otros		
313.9 Perturbac. emociones, sin especificar		
<b>3. Trastornos de Ansiedad</b>	300.0 Estados de ansiedad	F40 Trastorno de ansiedad fóbica
	300.2 Estado fóbico	F41 Otros trastornos de ansiedad
	300.3 Trastorno Obsesivo-compulsivo	F42 Trastorno obsesivo-compulsivo
	300.7 Hipocondría	F45.2 Trastorno hipocondríaco
	313.0 Perturbación de las emociones, con ansiedad y miedo	F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica en la infancia
	313.2 Pert. de las emoc. con hipersensibilidad, timidez y retraimiento social	F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia
<b>4. Trastornos específicos del Desarrollo</b>	315 (subtipos 0, 2, 3, 4, 5, 8, y 9) Retardo selectivo del desarrollo	F80-F89 Trastornos específicos del desarrollo
<b>5. Trastornos de Eliminación</b>	307.6 Enuresis	F98.0 Enuresis no orgánica
	307.7 Encopresis	F98.1 Encopresis no orgánica
<b>6. Trastornos del Sueño</b>	307.4 Trastornos característicos del sueño	F51 Trastornos no orgánicos del sueño
<b>7. Trastornos de la Actividad y la Atención</b>	314.0 Perturbación simple de la actividad y la atención	F90.0 Trastorno de la actividad y la atención
	314.2 Hipercinesia con retraso del desarrollo	
<b>8. Trastornos de Rivalidad entre Hermanos</b>	313.3 Perturbación de las emociones pecul. de la niñez y la adolescencia, con problemas de relación	F93.3 Trastornos de rivalidad entre hermanos
<b>9. Reacción a Estrés Agudo</b>	308.0 Con predominio de alterac. emoción.	F43.0 Reacción a estrés agudo
	308.1 Con predom. alterac. de la conciencia	F43.8 Otras reacciones a estrés grave
	308.3 Otros	F43.9 Reacciones a estrés grave sin especificación
	308.9 Sin especificación	
<b>10. Trastornos de la Alimentación</b>	307.1 Anorexia nerviosa	F50.0 Anorexia nerviosa
	307.5 Otros y los no específicos del comer	F50.8 Otros trast. de la conducta alimentaria
<b>11. Trastornos por Tics y Estereotipias</b>	307.2 Tics	F95 Trastornos de tics
	307.3 Movimien. estereotipados repetitivos	F98.4 Trastornos de estereotipias motrices
<b>12. Tartamudeo</b>	307.0 Tartamudeo	F98.5 Tartamudeo
<b>13. Trastornos Desintegrativos</b>	299.1 Psicosis desintegrativas	F84.3 Trast. desintegrativos de la infancia
	299.8 Otras psicosis peculiares de la niñez	F84.8 Otros trast. generalizados del desarrollo
<b>14. Otros</b>	301.2 y .6 Trastornos de la personalidad	F60.1 y .7 Trastornos espe. de la personalidad
	305.9 Abuso de drogas (no especificadas)	F19.1 Abuso de sustancias psicoactivas
	306.4 y .5 Alter. de las funciones corporales	F45 Trastornos somatoformes
	307.8 Psicalgia	F54 Factores psicol. en otras enfermedades
	316. Factores psiq. asociados a enfermedad	F71 Retraso mental moderado
	318.0 Retraso mental moderado	

## Resultados

## Prevalencia de tipos de trastornos

La distribución de los sujetos en las categorías diagnósticas CIE-10 se ofrecen descritos en la Tabla 2, y representados en la Figura 1. Se observa que la categoría en la que hay más sujetos es la de los trastornos de conducta, seguida de los trastornos depresivos, y de ansiedad. Es destacable también el número de sujetos que presentan un trastorno específico del desarrollo, o de eliminación. En conjunto, estas cinco categorías abarcan casi el 75 por ciento de los sujetos que solicitan consulta en el Servicio en el período estudiado. El otro 25 por ciento se distribuye en 10 categorías mucho menos representadas, con un 5.7 por ciento de sujetos en los que no se llega a confirmar existencia de trastorno diagnosticable

Tabla 2  
Prevalencia de trastornos

	N	Porcentaje
1. Trastornos de conducta	93	23.0
2. Trastornos depresivos	59	14.6
3. Trastornos de ansiedad	54	13.3
4. Trastornos específicos del desarrollo	51	12.7
5. Trastornos de eliminación	39	9.7
6. Ausencia de trastorno	23	5.7
7. Trastornos de sueño	19	4.7
8. Trastornos de la actividad y la atención	17	4.2
9. Trastornos de rivalidad entre hermanos	9	2.2
10. Reacción a estrés agudo o grave	9	2.2
11. Trastornos de la conducta alimentaria	7	1.7
12. Trast. de tics y estereotipias motrices	6	1.5
13. Tartamudeo	3	0.7
14. Trastor. desintegrativos de la infancia	2	0.5
15. Otros (1)	13	3.2
TOTAL	404	100.0

*Nota:* (1) Incluye: Trastornos de la personalidad (n=2, 0.5%), Abuso de sustancias psicoactivas (n=1, 0.2%), Trastornos somatoformes (n=3, 0.7%), Factores psicológicos en enfermedades clasificadas en otra parte (n=5, 1.2%), y Retraso mental (n=2, 0.5%).

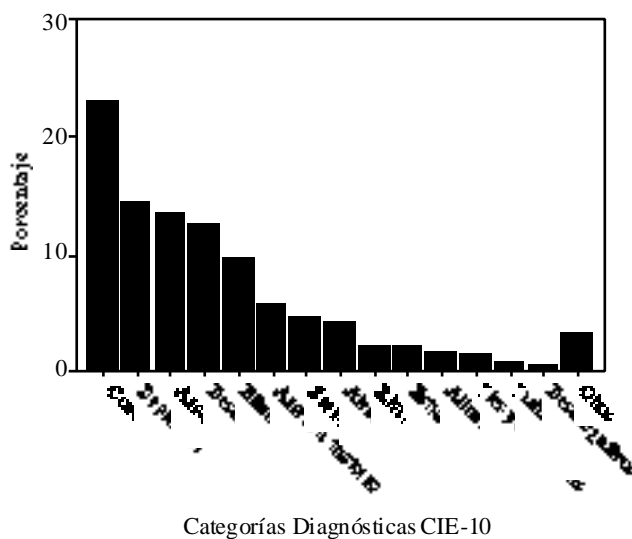


Figura 1. Prevalencia de trastornos

tras el proceso de evaluación. Trastornos severos como la psicosis, el retraso mental, o la depresión mayor son muy poco prevalentes, lo que concuerda con otros estudios con población similar (Vázquez et al., 1988; Pedreira et al., 1992; Bragado et al., 1995; Gutiérrez et al., 1995; Castro y Lago, 1996).

En los trastornos de conducta, los diagnósticos más frecuentes son F.43.2 (24 y 25), con un 11.9 por ciento de los sujetos; y F.91.1, con el 5.9 por ciento. En trastornos depresivos destacan F.43.2 (20, 21 y 22), con el 7.2 por ciento; F.93.8 y 9, con el 3.7 por ciento; y F.43.21, con el 3.5 por ciento. En los de ansiedad, los más frecuentes son F.93.1, con el 7.7 por ciento; y F.93.2, con el 4.2 por ciento.

Si comparamos las categorías más representadas con las de otros estudios de prevalencia en muestras clínicas, en nuestro medio (Bragado et al., 1995; Castro y Lago, 1996; y Palazón, 1998), observamos distribuciones semejantes. Para Bragado et al. (1995), la categoría más representada es también la de los trastornos de conducta, con una prevalencia del 34.7 ó 27.1 por ciento, según sean los padres o el propio niño quienes informan, seguida por los trastornos de ansiedad (26.7 versus 26.3 por ciento), de eliminación (13.6 en ambas fuentes), y depresivos (5.5 versus 7.2 por ciento). Llama aquí la atención la ausencia de sujetos diagnosticados de trastorno específico del desarrollo. El mayor porcentaje de sujetos que padecen un trastorno de conducta en su estudio se puede explicar porque estas autoras han acumulado en esa categoría los trastornos de la actividad y de la atención, mientras que nosotros los hemos mantenido como categoría independiente. En cuanto a los trastornos depresivos y de ansiedad, si tomamos en conjunto las dos categorías, dada su alta comorbilidad, ambas investigaciones encuentran en torno a un 30 por ciento de sujetos con ese diagnóstico. La mayor prevalencia de trastornos depresivos que nosotros encontramos, se debe a los Trastornos de Adaptación, subtipo depresivo (con un 7.2 por ciento de los sujetos). Si se excluyen dichos trastornos y se reserva esta categoría para la depresión mayor y la distimia, como hacen estas autoras, la prevalencia de trastornos depresivos es del 7.4 por ciento para el total de la muestra.

Castro y Lago, (1996) encuentran, para el grupo de población entre 0 y 17 años, una distribución muy similar a la nuestra, con un 25.4 por ciento de trastornos de ansiedad; un 23.7 por ciento de trastornos de conducta; un 13.6 por ciento de trastornos afectivos; un 13.4 por ciento de trastornos específicos del desarrollo y del aprendizaje; y un 10.2 por ciento de trastornos de eliminación. Palazón (1998), por su parte, en una muestra clínica de 0-14 años, informa de la siguiente prevalencia diagnóstica: 21.5 por ciento de trastornos de ansiedad, 13.8 por ciento de trastornos de conducta, 10.8 por ciento de trastornos específicos del desarrollo y retraso mental, 10.0 por ciento de trastornos de eliminación, y 8.5 por ciento de depresivos.

## Edad y Tipo de Trastorno

La distribución de trastornos en los grupos de edad se ofrece en la Tabla 3. Tanto en la confección de la Tabla como en los análisis estadísticos realizados se han descartado aquellas categorías diagnósticas que, por su baja prevalencia, presentaban alguna casilla vacía, con el fin de evitar problemas en el análisis estadístico. Los trastornos más frecuentes en los niños menores de 6 años son los depresivos (17.3 por ciento), los trastornos específicos del desarrollo (15.4 por ciento), y de eliminación (13.4 por ciento), que in-

cluyen cerca del cincuenta por ciento de los sujetos. Con porcentajes superiores al cinco por ciento están también los trastornos de ansiedad (7.7 por ciento), el trastorno de rivalidad entre hermanos (7.7 por ciento), los de conducta (7.6 por ciento), de la actividad y la atención (5.8 por ciento), de reacción a estrés agudo (5.8 por ciento), y de alimentación (5.8 por ciento). Entre los 6 y los 9 años, aumentan en forma importante los trastornos específicos del desarrollo (22.1 por ciento), de conducta (15.4 por ciento), de ansiedad (13.3 por ciento), y los trastornos del sueño (8.1 por ciento). Mantienen una prevalencia alta los trastornos de eliminación (13.4 por ciento), y descienden los trastornos depresivos (11.5 por ciento), de rivalidad entre hermanos (2.7 por ciento), de reacción a estrés agudo (1.4 por ciento), y alimentación (0.7 por ciento). Los únicos sujetos diagnosticados de tartamudeo, (2.0 por ciento), están en este grupo de edad. En el grupo de edad de 10-13 años, los dos trastornos que aumentan su prevalencia son los de conducta (28.6 por ciento), y los de ansiedad (17.4 por ciento), descendiendo los trastornos específicos del desarrollo (11.1 por ciento), de eliminación (7.9 por ciento), de la actividad y la atención (2.4 por ciento), y de rivalidad entre hermanos (0.8 por ciento). Finalmente, entre los 14 y 18 años, los trastornos de conducta (con un 39.0 por ciento), depresivos (19.5 por ciento), y ansiedad (11.7 por ciento), incluyen el setenta por ciento de los sujetos. Sigue el descenso en la prevalencia de los trastornos específico del desarrollo (9.1 por ciento) y, sobre todo, de eliminación (2.6 por ciento); desaparecen los trastornos de la actividad y de la atención, y de rivalidad entre hermanos, y aumentan los trastornos de alimentación (2.8 por ciento).

En resumen, los únicos trastornos que muestran una clara tendencia a aumentar con la edad son los de conducta y, en menor medida, los depresivos. La anorexia no se diagnostica hasta los 10-13 años, aumentando entre los 14 y 18 (los trastornos de alimentación en los sujetos menores de 10 años se corresponden con el código F.50.8-Otros trastornos de la conducta alimentaria). Los trastornos específicos del desarrollo, de eliminación, de la actividad y la atención, y de rivalidad entre hermanos manifiestan una tendencia clara a disminuir a partir de los 10 años; los dos últimos se dan casi exclusivamente en sujetos menores de esa edad.

La alta tasa de trastorno depresivo entre los niños menores de 6 años se explica por dos diagnósticos poco específicos, y que en este grupo de edad son muy prevalentes. Estos son F.93.8-Otros

trastornos de las emociones en la infancia, sin especificación (con un 9.6 por ciento de los sujetos), y F.93.9-Trastornos de las emociones en la infancia, sin especificación (5.8 por ciento). El 1.9 por ciento restante recibe el diagnóstico F.43.2-Trastorno de Adaptación, subtipo depresivo. Esto es congruente con la opinión de autores como Harrington, Rutter y Fombonne (1996) quienes, en una revisión de estudios con muestras clínicas, encuentran que los síntomas depresivos son bastante comunes en niños, a la vez que forman un grupo de fenómenos muy heterogéneo. Concluyen que, probablemente, haya diferentes tipos de síndromes depresivos en la infancia: algunos serían similares a la depresión en el adulto, pero otros más bien deberían ser conceptualizados como parte de otros trastornos, opinión que compartimos ante la heterogeneidad que presentan los diagnósticos que forman esta categoría.

La prueba  $\chi^2$  establece una relación estadística altamente significativa entre la edad y el diagnóstico asignado ( $\chi^2=76.33$ , g.l.=30, p=0.0001). El procedimiento de residuos tipificados corregidos establece una relación significativa entre edad y diagnóstico, en los siguientes casos: Trastorno de rivalidad entre hermanos y edad 0-5 años (z=2.6); trastorno de la actividad y la atención (z=1.9), y trastornos del sueño (z=1.9) para los 6-9 años; y trastornos de conducta y edad 14-18 años (z=2.8). Los valores z son cercanos a la significación para la reacción a estrés agudo y edad 0-5 años (z=1.7), trastornos de alimentación y edad 6-9 años (z=1.5), y trastornos depresivos y edad 14-18 años (z=1.1). En el grupo de edad 10-13 años ningún trastorno logra valores z significativos, presentando valores z negativos todas las categorías diagnósticas, menos los trastornos de conducta (z=1.3), y depresivos (1.0).

*Género y Tipo de Trastorno*

Como podemos ver en la Tabla 4 y la Figura 2, los trastornos más prevalentes en los varones son, por este orden, los de conducta (24.2 por ciento), del desarrollo (14.4 por ciento), eliminación (12.8 por ciento), de ansiedad (11.4 por ciento), y depresivos (10.6 por ciento). En las mujeres, la prevalencia mayor la poseen los trastornos depresivos (22.3 por ciento), seguidos de los trastornos de conducta (21.0 por ciento), ansiedad (16.5 por ciento), y del desarrollo (9.4 por ciento). También son prevalentes en ellas los trastornos del sueño (6.5 por ciento), y de reacción a estrés agudo (4.4 por ciento). El cálculo de la razón varones/mujeres indica que las

*Tabla 3*  
Prevalencia de los trastornos más comunes por grupos de edad (en porcentajes)

	0-5 años	6-9 años	10-13 años	14-18 años
1. Trastornos de conducta	7.6	15.4	28.6	39.0
2. Trastornos depresivos	17.3	11.5	14.4	19.5
3. Trastornos de ansiedad	7.7	13.3	17.4	11.2
4. Trastornos especif. del desarrollo	15.4	22.1	11.1	9.1
5. Trastornos de eliminación	13.4	13.4	7.9	2.6
6. Ausencia de trastorno	3.8	5.4	5.6	7.8
7. Trastornos del sueño	1.9	8.1	4.0	1.3
8. Tras. de la actividad y la atención	5.8	7.4	2.4	0.0
9. Tras. de rivalidad entre hermanos	7.7	2.7	0.8	0.0
10. Reacción a estrés agudo o grave	5.8	1.4	0.8	3.9
11. Tras. de la conducta alimentaria	5.8	0.7	0.8	2.6

*Nota:* Las Variables edad y tipo de trastorno poseen una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2= 76.33$ , g.l.= 30, p= 0.0001), y un coeficiente de contingencia de 0.41.

*Tabla 4*  
Prevalencia de los trastornos más comunes según género (en porcentajes)

	Varones	Mujeres	Razón V/M
1. Trastornos de conducta	24.2	21.0	1.16
2. Trastornos depresivos	10.6	22.3	0.48
3. Trastornos de ansiedad	11.4	16.5	0.69
4. Trastornos específicos del desarrollo	14.4	9.4	1.54
5. Trastornos de eliminación	12.8	3.6	3.56
6. Ausencia de trastorno	6.0	5.0	1.20
7. Trastornos del sueño	3.8	6.5	0.58
8. Trastor. de la actividad y la atención	5.7	1.4	4.07
9. Trastor. de rivalidad entre hermanos	3.0	0.7	4.28
10. Reacción a estrés agudo o grave	1.2	4.4	0.27
11. Trastorno de la conducta alimentaria	1.2	2.8	0.42

*Nota:* Las variables género y tipo de trastorno poseen una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2= 33.92$ , g.l.= 10, p= 0.0001), y un coeficiente de contingencia de =.29

mayores diferencias a favor de los varones se dan en los trastornos de rivalidad entre hermanos (razón 4.28), de la actividad y la atención (razón 4.07), eliminación (razón 3.56), por tics y estereotipias motoras (razón 2.71); y a favor de las mujeres entre los trastornos por reacción a estrés agudo (razón 0.27), de alimentación (razón 0.42), depresivos (razón 0.48), del sueño (razón 0.58), y de ansiedad (razón 0.69). Si tenemos en cuenta todos los diagnósticos, los varones están representados en una proporción de casi dos a uno sobre las mujeres (razón 1.90).

El contraste  $\chi^2$  ofrece una relación estadísticamente significativa entre las variables género y diagnóstico asignado ( $\chi^2 = 33.92$ , g.l.=10,  $p=0.0001$ ). Los valores z (residuos tipificados corregidos) son significativos ( $p < .05$ ) para los trastornos depresivo y de eliminación, indicando mayor presencia de los primeros entre las mujeres y de los segundos entre los varones. El resto de los trastornos obtienen unos valores z que no alcanzan el nivel de significación, aunque se aprecia una tendencia a que las mujeres presenten más trastornos de alimentación y reacciones de estrés agudo, y menos trastornos de la actividad y la atención.

Links (1983), Pedreira et al. (1992), Jalenques y Couder (1993), Bragado et al. (1995), Del Barrio (1996), Rivas, Vázquez y Pérez (1995), y Taboada, Ezpeleta, y De la Osa (1998) han analizado también la relación entre género y diagnóstico. La mayoría coinciden en encontrar asociación entre ambas variables, con la excepción de Rivas et al. (1995), quienes sólo encuentran relación entre el género y la psicopatología cuando es el propio niño quien informa, con mayor prevalencia de depresión y ansiedad en las mujeres y de trastornos de conducta en los varones. Bragado et al. (1995) informan de una relación cercana a la significación entre ambas variables, con los varones presentando más trastornos de conducta, eliminación y del sueño, y las mujeres más trastornos de ansiedad, depresión y alimentación.

Si atendemos a la diferencia entre varones/mujeres por grupos de edad, encontramos que los trastornos de conducta son más pre-

valentes en los varones en las edades 0-5 y 6-9 años, para pasar a un equilibrio varones/mujeres a partir de los 10 años; en los de ansiedad tienen mayor prevalencia las mujeres, excepto entre los 10-13 años, en que los varones presentan una prevalencia superior; en los trastornos específicos del desarrollo, los varones presentan mayor prevalencia entre 0-5 y 14-18 años, siendo ésta equilibrada en la edad intermedia 6-13 años; en los de eliminación, de la actividad y la atención, y de rivalidad entre hermanos la prevalencia es mayor para los varones en todas las edades; y en los depresivos, de reacción a estrés agudo, y de alimentación, es mayor la prevalencia en las mujeres en todos los grupos de edad.

Entre las variables edad y género hay una relación estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 8.93$ , g.l.=3,  $p < .05$ ), con un coeficiente de contingencia de 0.15. Considerando a la vez ambas variables para el conjunto de los diagnósticos, los varones están proporcionalmente más representados en el grupo de 0-5 años (razón v/m=1.96), y las mujeres en el grupo de edad 14-18 (razón v/m=0.56). Los trastornos que originan el que los varones estén más representados entre los 0 y los 5 años son los de conducta, del desarrollo, eliminación, de la actividad y la atención, y de rivalidad entre hermanos, diagnósticos que, en conjunto, reciben un 9.43 por ciento de los niños de la muestra antes de llegar a los 6 años, mientras que solamente hay una niña (0.72 por ciento) con estos diagnósticos y en este grupo de edad (concretamente con un diagnóstico de trastorno específico del desarrollo).

#### Discusión

Las categorías diagnósticas con mayor prevalencia en la población clínica infantil y adolescente son los trastornos de conducta, ansiedad, depresión, del desarrollo, y de eliminación. Este resultado coincide, en líneas generales, con los de otros autores que han estudiado la prevalencia diagnóstica en población clínica en nuestro medio. Las diferencias de prevalencia encontradas se explican, fundamentalmente, por el uso de diferentes metodologías, bien en la selección de las muestras (sus canales de acceso y el rango de edad que cubren), bien en los procedimientos de evaluación diagnóstica utilizados, o bien en la formación de las categorías diagnósticas para agrupar a los sujetos. En cuanto a lo primero, mientras que en algún servicio existe una única puerta de entrada (servicios sanitarios de atención primaria), en otros no existe esta restricción. En cualquier caso, en ninguno de los estudios se controla la fuente de derivación ni su posible relación con las diferencias de prevalencia encontrada. Con relación al segundo motivo de variabilidad, uso de diferentes procedimientos diagnósticos, hay que decir que, si bien en los estudios epidemiológicos diseñados a tal fin es ya habitual utilizar entrevistas diagnósticas estructuradas, su uso en la clínica presenta aún importantes inconvenientes como, por ejemplo, la sobreestimación de las tasas de prevalencia que provocan, por una mayor presencia de falsos positivos (Ezpeleta, 1996). El tercer motivo de discordancia tiene que ver con la insuficiente fiabilidad del diagnóstico categorial, y el uso de sistemas dispares (DSM de la APA, o CIE de la OMS en sus diferentes versiones), para la asignación de los códigos diagnósticos y su acumulación en categorías más generales. Las categorías más controvertidas son las de ansiedad *versus* depresión y los trastornos de adaptación (TA) que, en algunas investigaciones se consideran una categoría aparte (Vázquez et al., 1988; Gutiérrez et al., 1995; Castro y Lago, 1996; Cortajera et al., 1997) y, en otras, se incluyen entre los trastornos de conducta o depresivos, según predominen

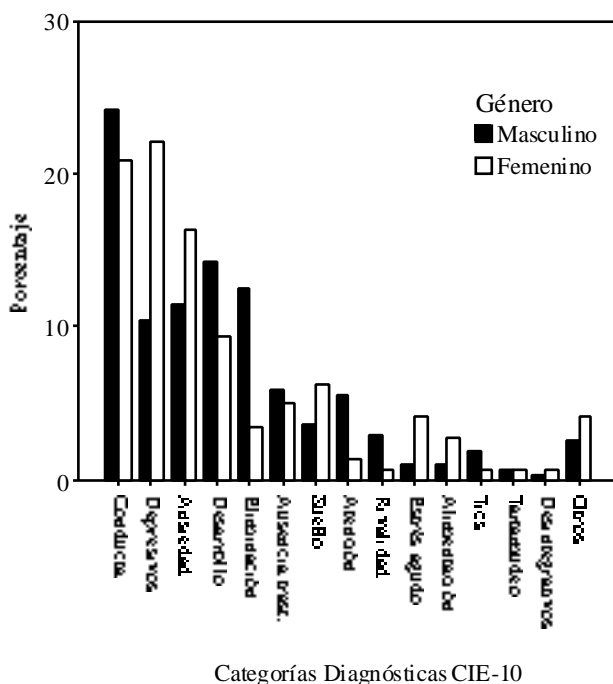


Figura 2. Prevalencia según género

los síntomas comportamentales o del estado de ánimo. Esta segunda alternativa es la elegida por nosotros porque pensamos, con Rodríguez y Villagrán (1994), que los TA forman una entidad nosológica controvertida y muy discutible. Estos autores encuentran, revisando 132 Historias con diagnóstico de TA, que dichos trastornos, sobre todo el subtipo depresivo, tienen una alta incidencia en las primeras consultas de niños y adolescentes, y poseen relación etiológica con cambios familiares que se acompañan de pérdida o deterioro del soporte familiar para el niño o adolescente (debido a separación o divorcio, conflictos relacionales, pérdidas, u otros estímulos estresantes).

En el total de nuestra muestra, el 11.9 por ciento de los sujetos fueron diagnosticados de TA, subtipo disocial, y un 7.2 por ciento de TA, subtipo depresivo. Si tenemos en cuenta la edad de los sujetos, el subtipo disocial se da predominantemente entre los sujetos mayores de la muestra (el 18.2 por ciento de los sujetos entre 14 y 18 años reciben este diagnóstico, por sólo un 5.7 por ciento en el grupo de 0-5 años), mientras el subtipo depresivo se da con más frecuencia en los dos extremos (11.5 por ciento de los sujetos entre 0 y 5 años, y 10.4 por ciento entre 14 y 18 años), siendo menos prevalente entre los 6 y los 13 años (en torno a un 6 por ciento de los sujetos). El 11.5 por ciento de niños menores de 6 años diagnosticados de trastorno depresivo, hacen que esta categoría sea la más prevalente en este grupo de edad. Como vimos en una primera parte de nuestra investigación (Aláez et al., 1998), la presencia crónica de estímulos estresantes que afectan negativamente a la calidad del soporte familiar es muy elevada. Si tenemos en cuenta que la exposición a dichos estímulos ha sido relacionada con un aumento de síntomas depresivos en la infancia (ver Del Barrio, 1996), podemos entender la alta prevalencia de este trastorno encontrada en nuestro estudio. De todas formas hay que advertir también que la categoría diagnóstica de depresión manifiesta un comportamiento menos consistente y una mayor fluctuación en sus tasas de prevalencia, incluso cuando se utiliza una entrevista estructurada como la DICA-R (Ezpeleta, de la Osa, Domenech, Blas y Losilla, 1997).

Otra conclusión que se puede extraer es que la mayoría de los trastornos concretos están asociados con la edad y, en forma más matizada, con el género. Si hacemos dos grandes grupos de edad con los sujetos estudiados (0-9 y 10-18 años), podemos observar claramente cómo hasta los 10 años son prevalentes los trastornos específicos del desarrollo, de eliminación, de la actividad y la atención, de rivalidad entre hermanos, y del sueño. Estos trastornos, que pueden ser considerados funcionales, descienden claramente a partir de los 10 años mientras que, por el contrario, aumenta la prevalencia de otros, concretamente los de conducta (especialmente en el grupo de 14-18 años), ansiedad, y depresión. Algunos trastornos funcionales son especialmente prevalentes entre los 6 y los 9 años (trastornos específicos del desarrollo, y de la actividad y la atención), coincidiendo con los primeros años de escolarización

obligatoria, y la mayor exigencia que imponen el aprendizaje escolar y el trabajo en el aula.

Antes de los 10 años no hay ningún sujeto diagnosticado de anorexia. Los trastornos de tics y estereotipias, y la reacción a estrés agudo o grave no parecen vinculados a la variable edad aunque, al ser pocos los sujetos que presentan estos diagnósticos, hay que valorar su prevalencia relativa con mayor cautela. Otra categoría que no aparece relacionada con la edad es la de los sujetos que no poseen un trastorno psicopatológico diagnosticable, aunque se produce una ligera tendencia al aumento de la misma en los sujetos mayores de la muestra.

Otros trabajos citados coinciden en su apreciación de la relación entre edad y trastornos concretos. El más cercano al nuestro, por extracción de la muestra y rango de edad, es el de Bragado et al. (1995). La discrepancia principal entre ambos se produce en los trastornos de conducta que, en su estudio, están asociados negativamente a la edad, mientras en el nuestro la asociación es de signo positivo. Pensamos que esta discrepancia se explica porque, por un lado, estas autoras incluyeron, en los trastornos de conducta, otros que sí presentan una clara asociación negativa con la edad (como los trastornos de la actividad y la atención, o los de rivalidad entre hermanos), mientras que nosotros hemos mantenido estos trastornos como categoría aparte. Por otro lado, el diagnóstico que en nuestro estudio, y dentro de los trastornos de conducta, más aumenta con la edad es el de TA con predominio de las alteraciones disociales. Nuestra opinión clínica es que en los últimos años se observa un aumento de consultas por trastornos de conducta en sujetos mayores de 13-14 años, y que, en esas edades, no se observan diferencias significativas de género, contrariamente a lo que ocurre en edades inferiores, donde son más frecuentes las consultas por trastornos de conducta en los varones.

Respecto al género, en los varones la mayor prevalencia la tienen los trastornos de conducta, seguidos de los trastornos del desarrollo, eliminación, ansiedad y depresión; también son prevalentes los trastornos de la actividad y la atención, y de rivalidad entre hermanos. En las mujeres, los trastornos más prevalentes son los depresivos, de conducta, ansiedad, y del desarrollo; también están significativamente representados los trastornos del sueño, de reacción a estrés agudo, y alimentación. Los únicos trastornos que poseen diferencias de género estadísticamente significativas son los de eliminación en los varones, y depresión en las mujeres. Cercanos a la significación se hallan los trastornos de la actividad y la atención, y del desarrollo en los varones; y los de reacción a estrés agudo, de ansiedad, alimentación, y del sueño en las mujeres.

Vistos en conjunto los datos, coincidimos con Pedreira et al. (1992), cuando afirman que la expresión de los trastornos en los niños es más disfuncional y en las niñas las manifestaciones sintomáticas son más adaptativas. Esto, unido a factores culturales, explicaría la mayor presencia de los varones en las muestras clínicas.

## Referencias

- Achenbach, T. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry
- Aláez, M., Martínez-Arias, R. y Rodríguez-Sutil, C. (1998). Características de la población infanto-juvenil que demanda asistencia psicológica en un centro de salud comunitario (CIS de Hortaleza) I: Los padres como informantes. *Clínica y Salud*, 9(3), 563-596.
- Anderson, J., Williams, S., McGee, R. Y Silva, P. (1987). DSM-III Disorders in pre-adolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.

- Bragado, C. (1994). *Terapia de conducta en la infancia: Trastornos de ansiedad*. Madrid:F.U.E.
- Bragado, C., Carrasco, I., Sánchez-Bernardos, M., Bersabe, R., Loriga, A. y Monsalve, T. (1995). Prevalencia de los trastornos psicopatológicos en niños y adolescentes: resultados preliminares. *Clínica y Salud*, 6 (1), 67-82
- Castro, M. y Lago, S. (1996). Estudio da demanda dos usuarios de saúde mental: Unidade de Saúde Mental II de Carranza- Ferrol. *Cadernos de Psicología*, 20, 35-45
- Cortajarena, C., González, F., Ugarte, L. y Lasa, A. (1997). Estudio de la asistencia psiquiátrica a la infancia temprana en un centro de salud mental infanto-juvenil. *Psiquiatría Pública*, 9 (2), 93-101
- Del Barrio, V. (1996). Depresión infantil y sus aspectos psicosociales. En Alberca, J. y Prieto, C. (Eds.). *Manual Práctico de Psicología Clínica y de la Salud*. (pp.65-93). Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos
- Elorza, J., Failde, I. Ezcurra, J. y Casais, L. (1993). Estudio de las características demográficas y nosológicas de la población atendida en el Centro de Salud Mental del Puerto de Santa María. *Psiquiatría Pública*, 5 (1), 29-38
- Epkins, C. y Meyers, A. (1994). Assessment of childhood depression, anxiety, and aggression: Convergent and discriminant validity of self-, parent-, teacher-, and peer-report measures. *Journal of Personality Assessment*, 62, 364-381
- Ezpeleta, L. (1996). Entrevistas estructuradas para el diagnóstico psicopatológico en niños y adolescentes. En Alberca, J. y Prieto, C. (Eds.). *Manual Práctico de Psicología Clínica y de la Salud*. (pp.94-120). Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos
- Ezpeleta, L., de la Osa, N., Domenech, J.M., Blas, J. y Losilla, J.M. (1997). Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psicothema*, 9(3), 529-539
- Goñi, A. y Cortaire R. (1991). Evaluación de la asistencia de la salud mental infanto juvenil en Navarra. *Psiquis*, 12, 45-54
- Gutiérrez, J. Pérez, A., Busto, J., Gálvez, I., Calderón, P. y Alcaina, T. (1995). Estudio epidemiológico de la patología psiquiátrica en preescolares derivados desde Atención Primaria. *Ciencia Psicológica*, 2, 53-64
- Harrington, R., Rutter, M. y Fombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology*, 8 (4), 601-616.
- Jalenques, I. y Couder, A. (1993). Epidemiología de los trastornos por ansiedad en la infancia. *European Psychiatry*, 8 (4), 179-191
- Links, P. (1983). Community surveys of the prevalence of childhood psychiatric disorders: A review. *Child Development*, 54, 531-548
- López, C., García, C., Murcia, L., Martín, C., Cortegano, M.C., López-Mora, I. y López-García, G. (1995). Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños-niñas: taxonomías empíricas. *Anales de Psicología*, 11 (2), 129-141
- Ministerio de Sanidad (1988). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica*. Madrid: Servicio de Publicaciones del INSALUD
- Organización Mundial de la Salud, (1993). *Tabla de conversión entre la CIE-9 y la CIE-10 del Capítulo V, trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor
- Palazón, I. (1998). Salud mental infantil: Patologías más frecuentes en Atención Primaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII (67), 545-553
- Patterson, M., Greising, L., Hyland, L. y Burger, G. (1997). Childhood Depression, Anxiety, and Aggression: A reanalysis of Epkins and Meyers (1994). *Journal of Personality Assessment*, 69(3), 607-613
- Pedreira, J.L., Rodríguez-Sacristán, J. y Zaplana, J. (1992). Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental infanto-juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, XII (43), 275-282
- Rivas, M., Vázquez, J.L. y Pérez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: El niño en E.G.B. *Psicothema*, 7 (3), 513-526
- Rodríguez, C. y Villagrán, J.M. (1994). Estudio de la demanda por trastornos adaptativos en un equipo de Salud Mental de Distrito. *Psiquiatría Pública*, 6(1), 15-23
- Taboada, A., Ezpeleta, L. y De la Osa, N. (1998). Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: Una revisión. *Apuntes de Psicología*, 16(1 y 2), 47-72
- Vázquez, A., González, L., Banda, C., Mellado, A. y Jiménez, R. (1988). Demanda infantil en un servicio de salud mental integrado como dispositivo de apoyo a la atención primaria. *Psiquis*, IX, 49-58.

Aceptado el 18 de abril de 2000