

## Salud mental de niños y adolescentes

### ¿Por qué es necesario investigar?

#### Children and adolescents' mental health.

#### Why is investigation necessary?

Dra. Flora de la Barra M.

La epidemiología de la psiquiatría infantil se ha transformado en epidemiología evolutiva al incorporar ideas de la psicopatología del desarrollo. Esta disciplina busca unificar, dentro de un marco evolutivo, contribuciones de múltiples campos, incluyendo la biología y la ciencia del desarrollo. Estudia los orígenes y curso de los patrones individuales de desadaptación, cualquiera sea la edad de comienzo, las manifestaciones conductuales y cuan complejos sean los esquemas de desarrollo. Presupone cambios en el tiempo, destaca la importancia del momento en que se establece y organiza la conducta. Espera que un mismo factor causal pueda llevar a diferentes evoluciones, así como varios factores causales puedan llevar a la misma evolución<sup>1,2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que los trastornos psiquiátricos que comienzan en la niñez deben ser motivo de preocupación para la salud pública. En los Estados Unidos, los cinco estudios comunitarios ECA, efectuados en adultos demostraron que en algunos trastornos psiquiátricos la edad de comienzo era más temprana de lo que se pensaba. Más recientemente, el Estudio Nacional de Replicación de Comorbilidad lo confirmó, entregando los siguientes datos sobre edades promedio de comienzo:

- Trastornos de ansiedad y de control de impulsos 11 años.
- Ideación y planes suicidas llega a un máximo en la adolescencia tardía.
- Dos tercios de las fobias sociales antes de los 18 años.
- Los trastornos adictivos puros a los 21 años y patología dual a los 11 años<sup>7</sup>.

Los estudios de cohortes seguidas desde los años 60 han entregado valiosa información. Se observa un grupo de trastornos en los cuales la mayoría de los casos comienzan en la niñez (T de déficit atencional/hiperactividad, autismo y otros T penetrantes del desarrollo, angustia de separación, fobias específicas) y otro grupo comienza en la adolescencia (fobia social, T de pánico, abuso de sustancias, depresión, anorexia nervosa, bulimia). El caso del T. de Conducta es especial, ya que existen dos grupos: uno de comienzo en la niñez y otro en la adolescencia, teniendo peor evolución el primero de ellos. Por otra parte, estos estudios muestran que existe un alto grado de continuidad entre los trastornos psiquiátricos de niños, adolescentes y adultos y que los trastornos de comienzo en infancia pueden recurrir en adultez.

Sin embargo, los esfuerzos para compilar datos de prevalencia en el mundo son escasos y las necesidades de salud mental de los niños no son satisfechas, ni siquiera en países de alto nivel de ingreso<sup>3</sup>. Se estima que entre el 7 y el 22% de los niños sufren de una enfermedad mental discapacitante y que el suicidio es la 3ª causa de muerte en adolescentes<sup>4-6</sup>.

Una de las tareas es entender los mecanismos por los cuales los procesos del desarrollo afectan el riesgo para la aparición de algunos trastornos psiquiátricos específicos que comienzan en ciertas edades; e implementar programas de tamizaje e intervención cuando es más probable que aparezcan. Un ejemplo es el estudio de la agresividad de comienzo infantil *vs* adolescente<sup>8</sup>.

Otra línea de trabajo muestra el efecto de fac-

tores de riesgo psicosociales tempranos para enfermedades médicas crónicas de la edad adulta<sup>9</sup> y de problemas biológicos tempranos para el desarrollo posterior de trastornos psiquiátricos<sup>10</sup>.

Es conocido el hecho que las adversidades en la infancia aumentan el riesgo de trastornos psiquiátricos en la adultez. Existe evidencia creciente que un grupo de factores de riesgo y protectores socioeconómicos y evolutivos influyen sobre el curso de enfermedades médicas y psiquiátricas posteriores (pobreza, falta de apego con los cuidadores primarios, malas relaciones familiares, maltrato y abuso infantil, depresión materna, mal rendimiento escolar y estructura familiar desintegrada)<sup>11</sup>.

La gran meta de prevención 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. Se ha demostrado que las intervenciones tempranas pueden prevenir o reducir la probabilidad de discapacidad a largo plazo. La epidemiología puede proveer información básica, herramientas de medición y diseños de investigación para estas intervenciones.

Respecto al tratamiento, la epidemiología busca conducir ensayos clínicos multisitio complejos. Las intervenciones efectivas tienen la potencialidad de reducir la carga de los trastornos psiquiátricos en el individuo y la familia y el costo a los sistemas de salud y la comunidad<sup>12-14</sup>. Sin embargo, la investigación en niños y adolescentes está gravemente desfinanciada.

La atención de niños con Trastornos psiquiátricos también está muy descuidada. Si fueran vistos como parte del espectro completo de condiciones médicas, recibirían más atención. Por ejemplo, en EE.UU. y Canadá, la probabilidad de recibir tratamiento por depresión en el 1er año de enfermedad es 14-15 veces mayor en adultos años que niños. En EE.UU. el gasto en salud mental es del 11% en menores de 18 años y de 89% en el resto de las edades<sup>7</sup>.

La Organización Mundial de la Salud enfatiza que para desarrollar políticas de salud mental

infantojuvenil (SMIJ), el primer paso es recolectar información. En cuanto a las prioridades de investigación en SMIJ, señala en primer lugar la epidemiología. La OMS desarrolló el proyecto Atlas de Recursos en SMIJ, el cual confirmó la ausencia de datos epidemiológicos de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, especialmente en el mundo en desarrollo. Se obtuvo información de 66 países, comparado con 192 países que entregaron datos sobre adultos. Las brechas encontradas en los recursos entregados para la salud mental de niños comparadas con adultos fueron económicas, de personal, entrenamiento, servicios y programas<sup>1,16</sup>.

## Referencias

1. Rutter M, Stroufe L. Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 265-96.
2. Costello E, Folley JD, Gold A. 10-year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45 (1): 8-25.
3. Burke K C, Burke J D, Regier D A, *et al.* Age at onset of selected mental disorders in 5 community populations. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 511-8.
4. Kessler R C, Berglund P, Demler O, *et al.* Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62: 593-602.
5. Leckman J, Leventhal B. Editorial: a global perspective on child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiat* 2008; 49 (3): 221-5.
6. Patel V, Fischer A, Hetrick S, *et al.* Mental health of young people: a global public health challenge. *Lancet* 2007; 369: 1302-13.
7. Costello E J. 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. 2008.
8. Tremblay R E, Nagin D S, Seguin J R, *et al.* Physical aggression during early childhood: trajectories and

- predictors. *Pediatrics* 2004; 114 : e43-e50.
9. Barker D. The developmental origins of adult disease. *Eur J Epidemiol* 2003; 18: 733-6.
  10. Brown A S, Sussex E S. In utero infection and adult Schizophrenia. *Ment Retard Dev Dissabil Res Rev* 2002; 8: 51-7.
  11. Mantyama 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.
  12. Anonymous. The implementation of the fast track program: an example of a large scale prevention science efficacy trial. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30: 1-17.
  13. Dodge K. The science of youth violence prevention: progressing from developmental epidemiology to efficacy to effectiveness to public policy. *Am J Prev Med* 2001; 20: 63-70.
  14. Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW. Promoting science-based prevention in communities *Addict. Beh* 2002; 27: 951-76.
  15. WHO. Atlas child and adolescent mental health resources global concerns: Implications for the future. 2005. <http://www.who.int/mental-health/resources/Child-ad-atlas.pdf>.
  16. Belfer M. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiat* 2008; 49 (3): 226-36.