

Problemes psicològics en infants de famílies que acudeixen a consulta pediàtrica i associació amb variables demogràfiques

Virginia Martín¹, Roser Granero², Lluís Sansa³, Immaculada Clarà³, Miquel Puente³, Ricard Coronado⁴, Lourdes Ezpeleta¹

¹ Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. ² Departament de Psicobiologia i Metodologia de les Ciències de la Salut. Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. Barcelona. ³ Pediatria. CAP Centre. Sabadell (Barcelona). ⁴ Unitat de Neurologia Pediàtrica. Hospital de Terrassa. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

RESUM

Fonament. Els trastorns de salut mental en la infància i l'adolescència tenen conseqüències a curt i llarg termini sobre el desenvolupament. Hi ha evidències dels beneficis de detectar precoçment aquests problemes. Malgrat això, la majoria d'infants que els pateixen no reben l'atenció requerida.

Objectiu. Identificar i quantificar els principals problemes psicològics que presenten els infants que acudeixen a consultes pediàtriques ambulatories de la xarxa pública de salut.

Mètode. La mostra prové del grup control d'un estudi sobre l'exposició a la violència domèstica. Hi participen 85 infants d'entre 4 i 15 anys que no han estat exposats a violència domèstica de 54 famílies que acudeixen a consulta pediàtrica en dos centres d'assistència primària de l'àrea del Vallès. Se n'avalua la psicopatologia mitjançant una entrevista diagnòstica semiestructurada seguint els criteris del DSM-IV.

Resultats. Els trastorns més freqüents són la fòbia específica (11,8%) i els moviments estereotipats (11,8%), seguits de l'enuresi (7,1%), el dèficit d'atenció amb hiperactivitat (4,7%), els tics (4,7%), l'ansietat generalitzada (4,7%), el negativisme desafiant (3,5%), la fòbia social (3,5%) i l'ansietat de separació (2,4%). L'edat incrementa la possibilitat de presentar algun trastorn d'ansietat (OR=1,2; IC 95%: 1,02-1,41; $p=0,026$). El nivell socioeconòmic de la família no està relacionat amb la presència de trastorns.

Conclusions. Els problemes psicològics en infants atesos en pediatria primària són freqüents. La detecció precoç en la infantesa és important per a la intervenció. El pediatre és un professional clau per detectar i derivar els infants que ho necessitin a un servei especialitzat en salut mental.

Paraules clau: Pediatria. Prevalença. Salut mental. Trastorns mentals en nens. Detecció precoç.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN NIÑOS DE FAMILIAS QUE ACUDEN A CONSULTA PEDIÁTRICA Y ASOCIACIÓN CON VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Fundamento. Los trastornos de salud mental en la infancia y la adolescencia tienen consecuencias a corto y largo plazo sobre el desarrollo. Hay evidencias de los beneficios de detectar tempranamente estos problemas. A pesar de ello, la mayoría de los niños que los padecen no reciben la atención requerida.

Objetivo. Identificar y cuantificar los principales problemas psicológicos que presentan los niños que acuden a consultas pediátricas ambulatorias de la red pública de salud.

Método. La muestra procede del grupo control de un estudio sobre la exposición a violencia doméstica. Participan 85 niños de entre 4 y 15 años que no han estado expuestos a violencia doméstica de 54 familias que acuden a consulta pediátrica en dos centros de asistencia primaria del área del Vallès. Se evalúa la psicopatología mediante una entrevista diagnóstica semiestructurada siguiendo los criterios del DSM-IV.

Resultados. Los trastornos más frecuentes son la fobia específica (11,8%) y los movimientos estereotipados (11,8%), seguidos de la enuresis (7,1%), el déficit de atención con hiperactividad (4,7%), los tics (4,7%), la ansiedad generalizada (4,7%), el negativismo desafiante (3,5%), la fobia social (3,5%) y la ansiedad de separación (2,4%). La edad de los niños incrementa la posibilidad de presentar algún trastorno de ansiedad (OR=1,2; IC 95%: 1,02-1,41; $p=0,026$). El nivel socioeconómico de la familia no está relacionado con la presencia de trastornos.

Conclusiones. Los problemas psicológicos en los niños atendidos en pediatria primaria son frecuentes. La detección temprana en la infancia es importante para la intervención. El pediatra es un elemento clave para la detección y derivación de los niños que lo necesitan a un profesional especializado en salud mental.

Palabras clave: Pediatria. Prevalencia. Salud mental. Trastornos mentales en niños. Detección precoz.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN CHILDREN OF FAMILIES SERVED AT A PRIMARY PEDIATRIC CARE CLINIC AND THEIR ASSOCIATION WITH DEMOGRAPHIC VARIABLES

Background. Mental health disorders during childhood and adolescence have short and long-term consequences on development.

Aquest treball ha estat finançat gràcies a l'ajut SEJ2005-01786 del Ministeri d'Educació i Ciència.

Correspondència: Virginia Martín
Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament
Edifici B, Departament de Psicologia Clínica i de la Salut
Universitat Autònoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Barcelona)
virginia.martin@metodo.uab.cat

Treball rebut: 08.10.2012
Treball acceptat: 24.07.2013

Martín V, Granero R, Sansa LI, Clarà I, Puente M, Coronado R, Ezpeleta L.
Problemes psicològics en infants de famílies que acudeixen a consulta pediàtrica i associació amb variables demogràfiques.
Pediàtr Catalana 2014; 74: 8-14.

There is evidence of the benefits of early detection of these disorders; however, most children suffering mental health problems do not receive proper care.

Objective. To identify the main psychological problems affecting children attending a primary clinic of the public health care system.

Method. The sample was selected from the control group of a study investigating exposure to domestic violence. Eighty-five children 4 to 15-years-old not exposed to domestic violence pertaining to 54 families served at two primary care centers of the Valles region were selected for participation in the study. Psychopathology was assessed using a semi-structured diagnostic interview following the DSM-IV criteria.

Results. The most frequent disorders diagnosed were: specific phobia (11.8%) and stereotyped movement disorders (11.8%), enuresis (7.1%), attention-deficit/hyperactivity disorder (4.7%), tic disorders (4.7%), generalized anxiety (4.7%), oppositional defiant disorder (3.5%), social phobia (3.5%) and separation anxiety (2.4%). Age increased the odds of presenting anxiety disorders (OR=1.2; IC 95%: 1.02-1.41; $p=0.026$). Familial socioeconomic status was not associated with the presence of disorders.

Conclusions. Psychological problems are frequent among children being seen at primary pediatric health care clinics. Early detection during childhood is important for intervention. The pediatrician is key for identifying those disorders and referring the children to a mental health professional.

Keywords: *Pediatric care. Prevalence. Mental health. Child mental disorders. Early detection.*

Introducció

S'estima que fins a un 20% dels infants i adolescents pateixen algun trastorn mental, una quarta part dels quals, aproximadament, es tracta d'un trastorn mental greu¹. La salut mental en aquest període evolutiu té una gran rellevància, perquè els efectes dels trastorns soferts a aquestes edats es poden perllongar durant tota la vida. Hi ha una evidència creixent que molts dels trastorns psiquiàtrics que es manifesten durant l'edat adulta tenen les arrels en la infància o l'adolescència². La magnitud de les xifres de prevalença i els efectes potencials a llarg termini han fet que la salut mental en la infància hagi obtingut més atenció pública els últims anys.

Tots els membres d'una comunitat es veuen afectats per la salut dels seus individus. Quan un infant té un problema de salut mental, no tan sols l'afecta a ell, sinó que hi ha una xarxa d'interaccions que fan que també s'hi vegin implicades i afectades la família, l'escola, els serveis de salut, el veïnat i la comunitat on viu³. Per tant, millorar integralment la salut (física i psíquica) i millorar l'accés als serveis de salut mental són una necessitat principal i un important repte polític i administratiu⁴.

Els trastorns emocionals (ansietat, fòbies) i els del comportament són els problemes de salut mental més freqüents en la infantesa⁵. Els trastorns emocionals es caracteritzen per l'angoixa i la preocupació extrema, que pot ser generalitzada o el resultat de factors desencadenants específics, incloent-hi la separació d'un adult, situacions socials, i també objectes i situacions específiques⁶. Aquests trastorns causen un gran patiment a les persones afectades. Entre els 8 i els 12

anys, la prevalença de l'ansietat oscil·la entre el 16 i el 24%⁷. D'altra banda, els trastorns de comportament disruptiu es caracteritzen per l'excés de moviment, l'impulsivitat o la violació de les normes que distorsionen les dinàmiques familiar, escolar i comunitària, a més de les relacions socials. Aquests trastorns ocasionen problemes amb l'entorn, i també poden afectar l'autoestima i el benestar personal de l'infant, amb una prevalença que se situa entre el 2 i el 16%⁸. Juntament amb aquestes altes xifres, la literatura ha documentat que els trastorns emocionals, i especialment els trastorns de comportament, estan associats a un endarreriment en el nivell educatiu general i a necessitats educatives especials⁹. És conegut que com més primerencs són els comportaments disruptius dels infants, més augmenta el risc a llarg termini de desenvolupar un comportament antisocial¹⁰. I, a més, l'evidència indica que una alta proporció d'infants no superen els trastorns d'ansietat durant l'adolescència i l'etapa adulta¹¹.

D'altra banda, i des del punt de vista neurològic, alguns trastorns mentals, com els compresos dins els criteris de trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) i trastorn de l'espectre autista (TEA), comporten alteracions del neurodesenvolupament que sovint representen una neurodiscapacitat crònica i que poden anar associats a comorbiditats com els trastorns específics de l'aprenentatge (en l'adquisició de la lectura, l'escriptura, el càlcul, etc.), el trastorn del desenvolupament de la coordinació (dèficits per sostenir objectes, forma inestable de caminar, ensopegar amb els propis peus, etc.) o el dèficit d'atenció, motriu i perceptiu (combinació de dèficit d'atenció, malaptesa motora i trastorn de l'aprenentatge perceptivovisual en absència de retard mental i paràlisi cerebral)¹².

No obstant això, entre els infants diagnosticats amb greus problemes de salut mental, la majoria no rep cap tractament¹³. Els estudis disponibles sobre la prestació de serveis de salut mental a infants petits indiquen que, en general, tan sols entre l'11 i el 20% dels preescolars amb trastorns psiquiàtrics reben serveis¹⁴. La infrautilització dels serveis de salut mental s'ha atribuït a diversos factors, incloent-hi l'estigma, el rebuig d'alguns pares o fills que busquen tractament, el cost, les tradicions culturals i la dificultat d'arribar als centres¹⁵. L'entorn familiar implicat i la presència d'un suport social incrementen les probabilitats d'utilitzar els serveis de salut mental¹⁶.

S'ha documentat que com més aviat es promoguin les intervencions, més augmenten les probabilitats d'un resultat positiu¹⁷. El rol del pediatre en aquest punt té molta importància per detectar i derivar els infants que tenen dificultats de salut mental¹⁸. Les relacions longitudinals i de confiança amb els infants i les famílies que estableix el pediatre li donen una posició privilegiada per reconèixer les desviacions en el desenvolupament social, emocional i comportamental dels infants¹⁹. Els pediatres poden fer una tasca molt va-

luosa dins el sistema de salut per identificar, manejar i derivar els infants amb risc o amb problemes comportamentals o emocionals²⁰, i tenen un paper crític en la resposta a les necessitats de la salut mental dels infants²¹. Els problemes de salut mental que es poden identificar en l'atenció pediàtrica presenten freqüències altes i es poden observar, sovint, molt abans que en qualsevol contacte amb el sistema especialitzat de salut mental²². Els pediatres tenen l'oportunitat de detectar i derivar molts dels problemes de salut mental infantil, i reservar el tractament d'aquestes problemàtiques als especialistes²³.

En aquest context, l'objectiu de l'estudi és identificar i quantificar els principals problemes psicològics que presenten els infants que acudeixen a consultes pediàtriques ambulatories de la xarxa pública de salut.

Pacients i mètodes

Participants

Els participants van formar part d'un grup control d'un estudi sobre problemes psicològics en infants exposats a violència domèstica que acudien a consulta pediàtrica en dos centres d'assistència primària de l'àrea del Vallès. Les famílies que acudien a consulta de control del nen sa entre gener de 2007 i febrer de 2009 per un dels fills eren invitades a participar a l'estudi, si tenien criatures d'entre 4 i 15 anys, els infants no havien estat exposats durant l'últim any a violència domèstica (definida com a violència física, psicològica o sexual de l'home contra la dona i avaluada per les puntuacions de l'*Index of Spouse Abuse* (ISA)²⁴, i no tenien problemes per entendre el català o el castellà. Es va demanar la participació en l'estudi a un total de 62 famílies, que aportaven 93 infants en total. Vuit famílies (amb una aportació d'1 fill/família) van declinar participar-hi, al·legant com a raó principal falta de temps o desinterès. El percentatge de participació va ser del 87,1% de les famílies (el 91,4% considerant el total d'infants). No hi va haver diferències significatives en sexe ($p=0,279$) ni edat ($p=0,396$) entre els infants participants i els que ho van rebutjar. El nivell socioeconòmic es va avaluar segons la classificació de Hollingshead²⁵.

La mostra que va acceptar participar estava formada per 85 infants de 54 famílies.

Instruments

L'*Index of Spouse Abuse* és un qüestionari que avalua la gravetat de la violència en la relació de parella, i es va utilitzar per descartar l'exposició a violència domèstica. Comprèn 30 ítems amb un format de resposta amb 5 opcions (de 1=mai a 5=molt sovint), agrupats en dues escales: abús físic i abús no físic. Ha estat adaptat i validat a la població espanyola, i ha mostrat unes característiques psicomètriques apropiades²⁶⁻²⁷.

El *Diagnostic Interview for Children and Adolescents* (DICA-IV)²⁸, adaptat a la població espanyola en l'*Entrevista Diagnòstica per a Nens i Adolescents* (EDNA-IV)²⁹, es va administrar per avaluar els principals trastorns psicològics que presentaven els infants segons els criteris diagnòstics del DSM-IV. L'entrevista és un protocol informatitzat disponible en diferents versions: dues versions per a pares (una per als que tenen fills de 4 a 7 anys i una altra per als que els tenen de 8 a 15 anys), per a infants (de 8 a 12 anys) i per a adolescents (de 13 a 15 anys)²⁹. Quan l'entrevista s'aplica a més d'un informador, els diagnòstics es defineixen combinant la informació obtinguda de les dues fonts (pares i fills) a nivell del símptoma: es considera que un símptoma està present quan el pare/la mare o el fill l'informa. Els trastorns s'avaluen al llarg de la vida (es poden derivar diagnòstics presents i passats).

Procediment

El projecte va ser aprovat pel Comitè d'Ètica de la Institució directora del projecte. Es va sol·licitar consentiment informat escrit als pares i assentiment verbal als infants per participar en l'estudi. L'entrevista diagnòstica va ser administrada de manera simultània i separada a pares i infants per psicòlegs prèviament entrenats en la seva utilització. Després de l'avaluació, les famílies rebien oralment l'informe dels resultats de l'entrevista i, en cas necessari, se'ls recomanava demanar ajut psicològic. Els pediatres rebien els resultats per escrit.

Anàlisi estadística

L'anàlisi estadística es va fer amb el programa SPSS18 per a Windows. Les dades presenten una estructura niuada a causa de la inclusió dins l'estudi de germans que procedeixen de la mateixa família. El nivell de niuament-jerarquia va resultar molt baix: de les 54 famílies participants (amb un total de 85 infants), 26 (48,1%) aportaven un únic fill, 25 (46,3%) n'aportaven dos i 3 famílies (5,6%) aportaven tres fills (el nombre mitjà de fills per família fou d'1,57). Com que en situacions de baix niuament els models multinivell no assoleixen un bon ajustament³⁰, es va incloure el factor «família» dins les anàlisis mitjançant equacions d'estimació generalitzades (procediment GEE –*Generalized Estimated Equations*– del sistema SPSS) per evitar els biaixos causats per la dependència de les dades. Tenint en compte que la variable dependent de l'estudi (presència dels trastorns DSM-IV) es mesura amb escala binària, els models GEE es van ajustar amb la distribució binomial i la funció d'enllaç Logit.

Per avaluar si la freqüència de psicopatologia DSM-IV es relaciona amb el sexe dels infants, els models GEE van incloure com a covariables l'edat i la presència d'altres comorbiditats diferents a la variable dependent de cada regressió. L'estudi de la relació entre psicopatologia i edat es va ajustar per sexe i altres comorbiditats.

tats. L'exploració de la possible relació entre psicopatologia i nivell socioeconòmic es va ajustar per sexe, edat i altres comorbiditats. No va ser possible avaluar diferències sobre la base de l'ètnia, ja que la majoria de participants eren d'origen europeu.

Resultats

Les característiques descriptives dels participants queden reflectides a la Taula I.

TAULA I

Descriptiva de la mostra d'estudi (n=85)

Edat; n (%)	
4 a 8 anys	50 (58,8)
9 a 15 anys	35 (41,2)
Mitjana d'edat (DE)	8,6 (3,1)
Sexe: masculí; n (%)	44 (51,8)
Nascut a Catalunya; n (%)	75 (88,2)
Família monoparental; n (%)	4 (4,7)
Família reconstruïda; n (%)	5 (5,9)
Algun pare està a l'atur; n (%)	19 (22,4)
Nivell soc ¹ ; n (%)	
baix	16 (18,8)
mitjà-baix	36 (42,4)
mitjà	25 (29,4)
mitjà-alt	6 (7,1)
alt	1 (1,2)
Ètnia; n (%)	
caucàsica	75 (88,2)
hispana	10 (11,8)
Nre. germans; mediana (<i>P</i> ₂₅ a <i>P</i> ₇₅)	2 (2 a 3)
Nre. familiars; mediana (<i>P</i> ₂₅ a <i>P</i> ₇₅)	4 (4 a 5)

¹ Nivell socioeconòmic basat en educació i professió²⁶: no disponible per a una família de l'estudi.

DE: desviació estàndard. *P*₂₅ a *P*₇₅: percentils 25 a 75. n: freqüència.

La Taula II mostra la distribució dels principals trastorns DSM-IV identificats a la mostra mitjançant l'entrevista diagnòstica pel total de participants i pels estrats formats pel sexe i l'edat. El 36,5% dels infants van presentar algun diagnòstic DSM-IV. Els trastorns més freqüents van ser la fòbia específica i els moviments estereotipats (11,8% en tots dos casos), seguits de l'enuresi (7,1%), el dèficit d'atenció amb hiperactivitat (4,7%), l'ansietat generalitzada (4,7%), els tics (4,7%), el negativisme desafiant (3,5%), la fòbia social (3,5%) i l'ansietat de separació (2,4%). Només l'1,2% van ser diagnosticats amb trastorn de l'humor, i cap participant va presentar el diagnòstic de trastorn disocial. Respecte a la comparació per sexe i edat, els resultats dels models GEE ajustats per altres comorbiditats indiquen que únicament apareix una relació significativa: l'edat incrementa la possibilitat de presentar algun dels trastorns del grup de les ansietats (OR=1,2; IC 95%: 1,02-1,41; *p*=0,026).

La Taula III mostra la prevalença dels trastorns DSM-IV segons el nivell socioeconòmic. Aquesta variable s'ha

codificat en dos nivells per obtenir-ne una distribució adequada que permetés ajustar els models estadístics corresponents. Els resultats obtinguts als GEE ajustats en sexe, edat i altres comorbiditats no mostren cap diferència significativa en la prevalença dels trastorns DSM-IV associada al nivell socioeconòmic familiar.

Discussió

Entre els infants i adolescents d'entre 4 i 15 anys que acudeixen a la consulta pediàtrica la prevalença de diagnòstics DSM-IV és alta. La fòbia específica i els moviments estereotipats són els trastorns més freqüents en la població estudiada, seguits de l'enuresi, el TDAH, els tics, l'ansietat generalitzada (preocupació excessiva que causa malestar i s'escapa del control de qui la pateix), el negativisme desafiant, la fòbia social i l'ansietat de separació. L'edat dels participants incrementava la probabilitat de presentar algun trastorn d'ansietat. El nivell socioeconòmic familiar i el sexe no es van associar amb la prevalença dels trastorns.

L'alta prevalença de trastorns en infants i adolescents posa de manifest la necessitat de detectar al més aviat possible les desviacions en la salut mental. Els pediatres són els professionals més propers per identificar de manera primerenca possibles indicadors de problemes psicològics. En aquest sentit, s'ha ressaltat la utilitat d'un breu instrument (en forma d'entrevista) desenvolupat per a la detecció precoç de problemes psicosocials en nadons d'un any en consultes pediàtriques³¹. A més, els autors assenyalaven la conveniència d'un entrenament en aquest àmbit de les infermeres i el personal mèdic per orientar i derivar les famílies que presentin problemes. Diversos estudis destaquen la importància de les proves de detecció de trastorns de salut mental a les consultes pediàtriques, aplicades a tots els pacients, incloent-hi els infants aparentment sans³². Aquests autors proposen administrar proves de detecció a les sales d'espera, enviar-les per correu a les famílies per guanyar temps i, fins i tot, entrenar el personal administratiu per facilitar la comprensió de la prova. Les proves de detecció en què participen activament els pares són les més eficients a l'hora de detectar, identificar i derivar els infants que manifesten dificultats de desenvolupament, emocionals i comportamentals³³. La seva introducció a la pràctica clínica pública s'hauria de fer considerant els pertinents estudis de sensibilitat/especificitat i de cost/benefici.

No obstant això, molts dels professionals dels centres d'atenció primària es mostren reticents a derivar els infants quan detecten petites anomalies en el seu desenvolupament³⁴. Alguns d'aquests professionals tenen dubtes sobre com determinar si una dificultat manifestada es tracta realment d'un problema o tan sols es deu als diferents nivells individuals del desenvolupament. Altres metges esperen o creuen que aquestes dificultats desapareixeran amb el temps.

TAULA II

Associació entre psicopatologia DSM-IV, sexe i edat

	Freqüència absoluta (n) i prevalença (%)					Equacions estimades generalitzades					
	Total (n=85)	Nenes 4-8 (n=27)	Nens 4-8 (n=23)	Nenes 9-15 (n=14)	Nens 9-15 (n=21)	Sexe ¹			Edat ²		
						p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%
Algun trastorn DSM-IV	31 (36,5)	7 (25,9)	11 (47,8)	7 (50,0)	6 (28,6)	0,738	1,17	(0,471 - 2,90)	0,548	1,04	(0,910 - 1,19)
Tr. conducta pertorbadora	5 (5,9)	2 (7,4)	2 (8,7)	0 (0)	1 (4,8)	0,615	1,58	(0,268 - 9,29)	0,360	0,912	(0,748 - 1,11)
TDHA	4 (4,7)	1 (3,7)	2 (8,7)	0 (0)	1 (4,8)	0,202	3,63	(0,501 - 26,3)	0,344	0,869	(0,650 - 1,16)
Negativisme	3 (3,5)	2 (7,4)	1 (4,3)	0 (0)	0 (0)	0,617	0,495	(0,032 - 7,76)	0,201	0,776	(0,527 - 1,14)
Trastorn disocial	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	---	---	---	---	---	---
Trastorn humor	1 (1,2)	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	---	---	---	---	---	---
Trastorn ansietat	13 (15,3)	3 (11,1)	3 (13,0)	5 (35,7)	2 (9,5)	0,204	0,425	(0,113 - 1,59)	0,026	1,20	(1,02 - 1,41)
Ansietat separació	2 (2,4)	0 (0)	2 (8,7)	0 (0)	0 (0)	---	---	---	---	---	---
Ansietat generalitzada	4 (4,7)	1 (3,7)	0 (0)	3 (21,4)	0 (0)	---	---	---	---	---	---
Fòbia específica	10 (11,8)	2 (7,4)	3 (13,0)	4 (28,6)	1 (4,8)	0,484	0,588	(0,133 - 2,60)	0,233	1,09	(0,948 - 1,25)
Fòbia social	3 (3,5)	1 (3,7)	0 (0)	1 (7,1)	1 (4,8)	0,655	0,552	(0,041 - 7,48)	0,106	1,59	(0,906 - 2,78)
Trastorns eliminació	6 (7,1)	1 (3,7)	3 (13,0)	2 (14,3)	0 (0)	0,981	0,978	(0,158 - 6,06)	0,706	0,960	(0,775 - 1,19)
Enuresi	6 (7,1)	1 (3,7)	3 (13,0)	2 (14,3)	0 (0)	0,981	0,978	(0,158 - 6,06)	0,706	0,960	(0,775 - 1,19)
Trastorns per tics	4 (4,7)	1 (3,7)	3 (13,0)	0 (0)	0 (0)	0,344	3,56	(0,257 - 49,5)	0,196	0,879	(0,723 - 1,07)
Tr per moviments estereotipats	9 (11,8)	3 (13,6)	2 (10,5)	1 (7,1)	3 (14,3)	0,602	1,45	(0,360 - 5,83)	0,974	0,996	(0,792 - 1,25)

¹ Resultats ajustats per edat i altres comorbiditats. ² Resultats ajustats per sexe i altres comorbiditats.

--- No estimable per baixa prevalença del trastorn. OR: oportunitat relativa. IC: interval de confiança. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV edició. TDHA: trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat. Tr.: Trastorn

TAULA III

Associació entre psicopatologia DSM-IV i nivell socioeconòmic

	Freqüència absoluta (n) i prevalença (%)				Equacions estimades generalitzades		
	Baix a mitjà		Mitjà/alt i alt		Nivell socioeconòmic ¹		
	(n=32)		(n=52)		p	OR	IC 95%
Algun trastorn DSM-IV	10	(31,3)	21	(40,4)	0,442	1,45	(0,565 - 3,70)
Tr. conducta pertorbadora	0	(0)	5	(9,6)	---	---	---
TDHA	0	(0)	4	(7,7)	---	---	---
Negativisme	0	(0)	3	(5,8)	---	---	---
Trastorn disocial	0	(0)	0	(0)	---	---	---
Trastorn humor	1	(3,1)	0	(0)	---	---	---
Tr. ansietat	5	(15,6)	8	(15,4)	0,836	0,865	(0,220 - 3,41)
Ansietat separació	1	(3,1)	1	(1,9)	---	---	---
Ansietat generalitzada	2	(6,3)	2	(3,8)	0,553	0,430	(0,026 - 7,00)
Fòbia específica	3	(9,4)	7	(13,5)	0,631	1,46	(0,311 - 6,85)
Fòbia social	2	(6,3)	1	(1,9)	0,256	0,246	(0,022 - 2,77)
Trastorn eliminació	1	(3,1)	5	(9,6)	0,238	3,73	(0,419 - 33,1)
Enuresi	1	(3,1)	5	(9,6)	0,238	3,73	(0,419 - 33,1)
Trastorns per tics	2	(6,3)	2	(3,8)	0,401	0,412	(0,052 - 3,26)
Tr. moviments estereotipats	2	(7,4)	7	(14,6)	0,505	1,80	(0,320 - 10,1)

¹ Resultats ajustats per edat i altres comorbiditats.

--- No estimable per baixa prevalença del trastorn. OR: oportunitat relativa. IC: interval de confiança. DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. IV edició. TDHA: trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat. Tr.: Trastorn

Com que el pediatra no té una especialitat en l'àmbit psicològic, no se li demana que prengui una decisió respecte a la salut mental dels infants, sinó que derivi en cas d'identificar indicis perquè altres professionals especialitzats determinin si el problema és evolutiu o requereix una intervenció específica. Aquesta actuació ajudaria a atendre les necessitats de salut mental dels infants afectats i a facilitar un desenvolupament òptim.

Els trastorns d'ansietat són els trastorns més freqüents globalment⁵. Pel patiment que produeixen poden resultar molt invalidants en el funcionament quotidià dels infants si no reben un tractament adequat. L'evitació associada a les fòbies específiques pot afectar negativament el desenvolupament dels infants, que poden deixar de fer activitats molt positives pel seu desenvolupament, i causar un deteriorament en la seva qualitat de vida. En infants predisposats, a mesura que s'incrementa l'edat, i alhora la capacitat cognitiva i les exigències ambientals, pot augmentar també la sensibilitat d'aquests infants per interpretar diferents situacions com a amenaçadores, que resulten en més trastorns d'ansietat. Els trastorns per moviments estereotipats també han estat molt prevalents. Els moviments estereotipats (mossegar-se les ungles, la mà, xuclar-se el dit...) poden tenir una finalitat homeostàtica (activen l'organisme subestímulat o relaxen l'organisme sobreestímulat). En aquest sentit, cal observar la presència d'aquests moviments i analitzar quina és la font de la baixa estimulació o de l'excés d'estimulació, i modificar l'entorn en conseqüència. L'enuresi és un trastorn pel qual sovint les famílies consulten els pediatres i que aquests poden detectar molt bé. Encara que amb el temps es resolgui sol, la pertorbació que deixa en l'autoestima de l'infant i l'enrairament en el funcionament familiar fan convenient la intervenció. A més, l'eficàcia dels tractaments psicològics (condicionament, entrenament en llit sec) per a aquest problema és molt alta³⁵. Altres problemes de comportament, com el TDAH, el negativisme desafiant o problemes de l'estat d'ànim com la depressió, poden ser més greus pel malestar i l'alteració associats a aquests trastorns en les relacions a l'escola, a casa i a la comunitat, i també per la comorbiditat que pot anar-hi associada¹³. Diversos estudis manifesten problemes en el rendiment escolar i la cronicitat dels trastorns al llarg del temps. La detecció primerenca del pediatre envers aquests problemes de salut mental pot resultar molt beneficiosa¹⁷.

Els punts forts de l'estudi són l'obtenció dels diagnòstics derivats mitjançant una entrevista diagnòstica estructurada i la participació de diversos informadors (pare i infants). És una limitació de l'estudi el fet que la mida del grup de participants de més edat és reduïda. Els resultats només poden ser generalitzats a infants que acudeixen a consulta pediàtrica i que no estan vivint situacions de violència domèstica. Els resultats de l'estudi indiquen que, donada l'alta prevalença de problemes psicològics que presenten els

infants que acudeixen a la consulta pediàtrica, cal identificar aquests problemes per poder proporcionar l'atenció requerida. L'àmbit pediàtric hauria de desenvolupar les estratègies necessàries per canalitzar aquestes necessitats i poder atendre-les.

Agraïment

Agraïm a les famílies la seva participació en l'estudi.

Bibliografia

1. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49(3): 226-236.
2. Houtrow AJ, Okumura MJ. Pediatric mental health problems and associated burden on families. *Vulnerable Child Youth Stud*. 2011; 6(3): 222-233.
3. Foy JM, Perrin J, American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Enhancing pediatric mental health care: strategies for preparing a community. *Pediatrics*. 2010; 125(suppl): S75-S86.
4. Barry CL, Busch SH. Caring for children with mental disorders: do state parity laws increase access to treatment? *J Ment Health Policy Econ*. 2008; 11(2): 57-66.
5. Angold A, Costello EJ. Developmental epidemiology. *Epidemiol Rev*. 1995; 17(1): 74-82.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
7. San Luis C, Cañadas GA, Cantero J, Lozano LM, de la Fuente EI, Lozano T. Aplicabilidad de la metodología bayesiana (método Bayes) en estudios de casos de baja incidencia: ejemplo de la ansiedad infantil. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2011; 16(1): 61-66.
8. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60(8): 837-844.
9. Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2005.
10. Patterson GR, DeGarmo DS, Knutson N. Hyperactive and antisocial behaviors: comorbid or two points in the same process? *Dev Psychopathol*. 2000; 12(1): 91-106.
11. Majcher D, Pollack M. Do they grow out of it? Long-term outcomes of childhood disorders. Washington DC: American Psychiatric Press; 1996.
12. Coronado R. Dèficit d'atenció, de control motor i de percepció (DAMP): alternativa al trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH/ADHD). *Pediatr Catalana*. 2004; 64(2): 68-72.
13. Foy JM; American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Enhancing pediatric mental health care: report from the American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Introduction. *Pediatrics*. 2010; 125 (suppl 3): S69-74.
14. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(3-4): 313-337.
15. Kim WJ; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Task Force on Workforce Needs. Child and adolescent psychiatry workforce: a critical shortage and national challenge. *Acad Psychiatry*. 2003; 27(4): 277-282.
16. Stiffman AR, Pescosolido B, Cabassa LJ. Building a model to understand youth service access: the gateway provider model. *Ment Health Serv Res*. 2004; 6(4): 189-198.
17. Webster-Stratton C, Taylor T. Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 years). *Prev Sci*. 2001; 2(3): 165-192.
18. Gabel S. The integration of mental health into pediatric practice: pediatricians child and adolescent psychiatrists working together in new models of care. *J Pediatr*. 2010; 157(5): 848-851.
19. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008.

20. Jellinek MS, Murphy JM, Little M, Pagano ME, Comer DM, Kelleher KJ. Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: a national feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; 153(3): 254-260.
21. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. American Academy of Pediatrics. The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. *Pediatrics* 2001; 108(5): 1.227-1.230.
22. Briggs-Gowan MJ, Horwitz SM, Schwab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ. Mental health in pediatric settings: distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39(7): 841-849.
23. Heneghan A, Garner AS, Storfer-Isser A, Kortepeter K, Stein RE, Horwitz SM. Pediatricians' roles in providing mental health care for children and adolescents: do pediatricians and child and adolescent psychiatrists agree? *J Dev Behav Pediatr.* 2008; 29(4): 262-269.
24. Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam.* 1981; 43: 873-885.
25. Hollingshead AB. Four factor index of social status. Unpublished manuscript: Yale University, Department of Sociology; 1975.
26. Torres A, Navarro P, García-Esteve L, Tarragona MJ, Ascaso C, Herreras Z, et al. Detecting domestic violence: spanish external validation of the Index of Spouse Abuse. *J FamViolence.* 2010; 25(3): 275-286.
27. Observatorio de salud de la mujer. Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario, 2005. Accessible a la xarxa [data de consulta: 23-06-2012]. Disponible a: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/eqidad/genero_vg_02.pdf
28. Reich W. Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000; 39(1): 59-66.
29. Ezpeleta L, de la Osa N, Doménech JM, Navarro JB, Losilla JM. Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psicothema.* 1997; 9(3): 529-539.
30. Hox JJ. Multilevel analysis, techniques and applications. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2002.
31. Martín J, Linda H, Moody C. Signos de alarma en la detección temprana de problemas emocionales y conductuales en el bebé. *Perinatol Reprod Hum.* 2001; 15(1): 21-30.
32. Kelleher KJ, Campo JV, Gardner WP. Management of pediatric mental disorders in primary care: where are we now and where are we going? *Curr Opin Pediatr.* 2006; 18(6): 649-653.
33. García-Tornel S, Glascoe FP. Detección precoz de problemas del desarrollo por el pediatra: importancia de los padres. *Pediatr Integral.* 1996; 2: 196-206.
34. Glascoe FP, Dworkin PH. Obstacles to effective developmental surveillance: errors in clinical reasoning. *J Dev Behav Pediatr.* 1993; 14: 344-349.
35. Bragado MC. Enuresis nocturna: tratamientos eficaces. Madrid: Pirámide; 2009.