



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Traballo de
fin de grao

Estudo epidemiolóxico da Unidade de Saúde Mental da Infancia e a Adolescencia do área sanitaria de Santiago de Compostela: análises evolutivo. Estudo piloto.

Estudio epidemiológico de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área Sanitaria de Santiago de Compostela: análisis evolutivo. Estudio piloto.

Epidemiological study of The Mental Health Unit of Childhood and Adolescence of the sanitary area of Santiago de Compostela: evolutionary analysis. Pilot study.

Autora: Clara López Rubal

Titor: Raimundo Mateos Álvarez

Cotutora: María de los Dolores Domínguez Santos

Departamento: Psiquiatría

Junio 2021

Traballo de Fin de Grao presentado na Facultade de Medicina e Odontoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Grao en Medicina.

ÍNDICE

RESUMEN.	Página 1
ABSTRACT.	Página 1
1. INTRODUCCIÓN	Página 2
1. 1. ANTECEDENTES.	Página 2
1. 2. OBJETIVOS.	Página 6
2. MATERIAL Y MÉTODOS.	Página 6
2. 1. POBLACIÓN OBJETIVO DE ESTUDIO.	Página 7
2. 2. VARIABLES A ESTUDIO.	Página 7
2. 2. 1. Variables sociodemográficas.	Página 7
2. 2. 2. Datos clínicos sanitarios.	Página 8
2. 3. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.	Página 9
2.4. TRATAMIENTO DE LOS DATOS.	Página 9
3. RESULTADOS.	Página 10
3.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.	Página 10
3.1.1. Género.	Página 10
3.1.2. Edad.	Página 10
3.1.3. Hábitat.	Página 11
3.1.4. Unidad de convivencia.	Página 11
3.1.5. Nivel de estudios de los progenitores.	Página 12
3.2. ASPECTOS CLÍNICOS.	Página 12
3.2.1. Demanda.	Página 12
3.2.2. Diagnósticos.	Página 13
3.2.3. Tratamiento.	Página 18
3.2.4. Evolución.	Página 19
3.3. PACIENTE ESTÁNDAR.	Página 20
4. DISCUSIÓN.	Página 21
5. CONCLUSIONES.	Página 27
6. CONFLICTOS DE INTERÉS.	Página 28
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	Página 28

RESUMEN.

La Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área Sanitaria de Santiago de Compostela ha sufrido un aumento muy notable de la demanda a partir del año 2012, pasando de 301 pacientes anuales de media a 735. El objetivo de este estudio fue analizar la demanda existente hoy en día en la Unidad y comparar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes actuales con las que presentaban los pacientes del periodo previo a 2012. También se buscaba orientar el enfoque de futuros estudios de la unidad.

Para llevar a cabo este estudio observacional epidemiológico se inició un Sistema de Registro de Casos, previo consentimiento informado, donde fueron registrados los parámetros a evaluar. Estos datos fueron anonimizados y comparados con los datos procedentes de las Memorias de la Unidad del periodo 2000-2012.

En lo que respecta a los resultados, no se han encontrado cambios en las características sociodemográficas de los pacientes salvo un aumento del nivel de estudios de los progenitores y una disminución de las familias nucleares. En lo que refiere a las características clínicas, encontramos cambios significativos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y evolución. Han aumentado el TDHA y los trastornos neuróticos y afectivos, al mismo tiempo que disminuyen los pacientes sin patología psiquiátrica. Se han incrementado los pacientes que reciben tratamiento farmacológico y también el número de sesiones consumidas por los pacientes. De cara a un estudio posterior, podría ser de utilidad un análisis en profundidad los abandonos, puesto que no han podido ser evaluadas correctamente por el corto tiempo de seguimiento.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, Infancia y Adolescencia, Psiquiatría Infantil

ABSTRACT.

The Mental Health Unit of Childhood and Adolescence of the area of Santiago de Compostela has suffered a very notable increase in demand since 2012, going from 301 patients a year on average to 735. The objective of this study was to analyse the current demand in the Unit and to compare the sociodemographic and clinical characteristics of current patients with those presented by patients from the period prior to 2012. It was also sought to guide the approach of future studies of the Unit.

To carry out this observational epidemiological study, after obtaining a informed consent, we were started a Case Registration System was started, where the parameters to be evaluated were recorded. These data were anonymised and compared with the data from the Unit Reports for the period 2000-2012.

Regarding the results, no changes have been found in the sociodemographic characteristics of the patients except for an increase in the level of education of the parents and a decrease in nuclear families. Concerning the clinical characteristics, we found significant changes both in the diagnosis and in the treatment and evolution. ADHD and neurotic and affective disorders have increased, while patients without psychiatric pathology have decreased. The number of patients receiving pharmacological treatment has increased, and the number of sessions consumed by the patients has also risen. For a later study, an in-depth analysis of dropouts could be useful since they could not be correctly evaluated due to the short follow-up time.

KEY WORDS: Mental Health, Childhood and Adolescence, Child Psychiatry

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. ANTECEDENTES.

Se estima que, a nivel mundial, entre un 10 y un 20% de los niños y adolescentes sufren un trastorno mental. Un 70% de las patologías psiquiátricas presentes en la edad adulta se inicia antes de los 18 años (1) y un 50% lo hace antes de los catorce, si bien la mitad de ellos permanece sin diagnosticar y, por tanto, sin tratamiento (2). Un 30% de los menores de 16 años que solicitan atención por parte de su pediatra aquejados por cuestiones somáticas presentan en realidad un trastorno mental, pero menos de la mitad de ellos serán finalmente derivados a unidades específicas (3).

A la vista está que los trastornos psiquiátricos en la edad infanto-juvenil suponen un reto para el sistema sanitario. En nuestro país no existe una especialidad específica en este campo, al contrario de lo que ocurre en el resto de Europa. Sin embargo, ya en los años 80, la Orden 20/11/1989 (4) formaliza las unidades que ya venían funcionando, además de establecer la necesidad de estas de contar, por lo menos, con un psiquiatra y un psicólogo. Posteriormente, el Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016 promueve la creación de unidades específicas de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia para permitir un mejor manejo de la patología psiquiátrica en este colectivo y la puesta en marcha de medidas concretas de promoción de la salud y prevención (5).

El plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19 (6), en relación con la psiquiatría infantil, aboga por la prevención a todos los niveles, además de defender la necesidad de aumentar los recursos asistenciales (incremento del personal y de la formación de este y mejora de las infraestructuras) y de mejorar los protocolos y la coordinación con otros servicios hospitalarios y con Atención Primaria.

La Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área sanitaria de Santiago de Compostela forma parte del servicio de Psiquiatría del CHUS. La formación de esta Unidad comenzó a fraguarse en el año 1973 y empezó a funcionar como tal en 1977; era conocida en este momento como Unidad de Psiquiatría Infantil. Desde sus inicios hasta principios de los años 90, la plantilla estaba formada por un solo psiquiatra, acompañado de personal específico de enfermería; sin embargo, la entrada en vigor de la Orden ya mencionada hizo necesaria la incorporación de un psicólogo clínico. En 1994, tras el Decreto que regula la Salud Mental en Galicia, pasa a llamarse Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. A partir de la llegada en el año 2002 de un segundo psiquiatra, la plantilla se mantuvo 10 años conformada por dos psiquiatras (uno dedicado a las interconsultas y otro a la atención de las consultas externas) y un psicólogo (7). En el año 2012, se suman un tercer psiquiatra y un segundo psicólogo, alcanzándose así la estructura actual de la Unidad. Esta unidad debe dar cabida a toda la población menor de 16 años del área sanitaria, es decir, a un total de 61.602 habitantes (diciembre del 2019).

Por otro lado, en el año 2012, fue creada en el Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-juvenil, que cuenta con 7 camas y se trata de una unidad de referencia, donde se derivan pacientes desde diferentes partes de la comunidad autónoma. Si bien esta Unidad también depende del servicio de psiquiatría, funciona de forma independiente de la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia, ya que esta última está destinada únicamente a la asistencia de los pacientes del área sanitaria de Santiago de Compostela. Tras la implantación en 2020 del plan de Saúde Mental de Galicia poscovid-19, se planea la puesta en marcha de una nueva unidad de hospitalización en el hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, que funcione como unidad de referencia para los pacientes de las áreas sanitarias de Pontevedra, Vigo y Ourense. Bajo las directrices de este plan, actualmente también se está poniendo en marcha el Hospital de Día de Psiquiatría Infantil del área Sanitaria de Santiago.

La Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del área sanitaria de Santiago ha sufrido un notable aumento de la demanda en los últimos tiempos: en el periodo de 2000 a 2012 la media anual de pacientes era de 301, pero en el periodo de 2013 a 2018 ha llegado a 735 pacientes anuales (8).

Tabla 1. Número de consultas anuales 2000-2018

AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
2000	311	7,9	7,9	7,9
2001	322	8,2	8,2	16,2
2002	265	6,8	6,8	22,9
2003	329	8,4	8,4	31,3
2004	302	7,7	7,7	39
2005	322	8,2	8,2	47,3
2006	248	6,3	6,3	53,6
2007	309	7,9	7,9	61,5
2008	371	9,5	9,5	71
2009	247	7	7	78
2010	240	6,1	6,1	84,1
2011	207	5,3	5,3	89,4
2012	416	10,6	10,6	100
TOTAL	3916	100	100	

AÑO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
2013	743	16,4	16,4	16,4
2014	848	18,8	18,8	35,2
2015	761	16,8	16,8	52
2016	746	16,5	16,5	68,6
2017	695	15,4	15,4	83,9
2018	726	16,1	16,1	100
TOTAL	4519	100	100	

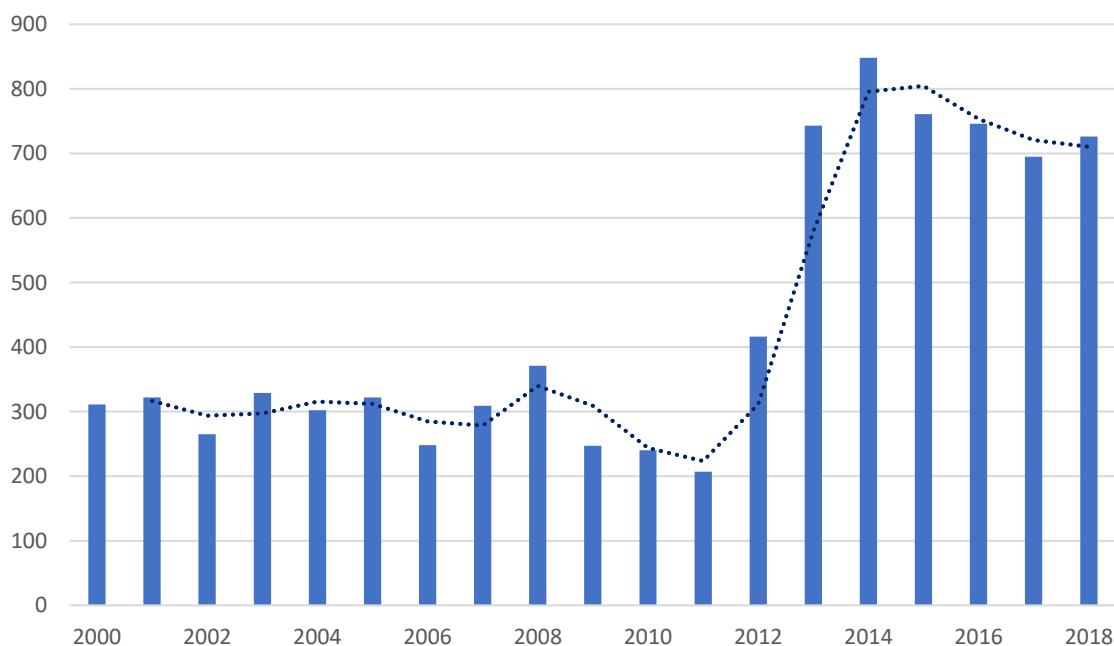


Gráfico 1. Evolución del número nuevos pacientes/año (valores absolutos)

El aumento de la prevalencia de los trastornos de la salud mental en los niños y adolescentes no ocurre de forma aislada en nuestra área sanitaria, sino que se trata de un fenómeno global (9-11). Las razones que motivan este incremento son diversas, pero podemos hablar de un aumento claro de los factores de riesgo y del efecto sinérgico de la interacción entre los mismos.

Entre los factores de riesgo podemos destacar:

- **Genética y epigenética.** Aparece un incremento del riesgo relativo de patología psiquiátrica en niños cuyos padres presentan algún trastorno de este tipo. El riesgo de padecer un trastorno afectivo unipolar es del 20-25% en personas que tienen un familiar de primer orden afecto, frente al 7% de la población. En madres con depresión clínica los trastornos afectivos en la descendencia son más frecuentes, graves y precoces que en los hijos de madres con depresión subclínica (12). También se ha observado la influencia que ciertas alteraciones epigenéticas o el estrés en la etapa de neurodesarrollo (estresores prenatales o eventos vitales estresantes) pueden ocasionar en el desarrollo de un síndrome ansioso (13).

En los trastornos del neurodesarrollo también se observa una influencia genética y epigenética. Encontramos estudios poco concluyentes sobre la relación de exposición prenatales (tabaquismo, alcoholismo y exposición otros tóxicos) y cambios epigenéticos relacionados con el TEA, si bien es cierto que se ha demostrado su capacidad de producir cambios en genes relacionados con esta familia de trastornos. También se está estudiando la relación de los cambios epigenéticos relacionados con la edad de los progenitores y el riesgo de TEA (14).

- **Factor perinatal.** Ciertos estudios han encontrado relación entre las complicaciones perinatales (como las infecciones o los desórdenes autoinmunes) con el riesgo de TEA. También parece haber relación entre la obesidad o la diabetes durante la gestación con el riesgo de trastornos del neurodesarrollo. Del mismo modo, el estrés materno prenatal también parece aumentar el riesgo (14).
- **Factores ambientales.** Los espacios verdes disminuyen el riesgo de patología emocional y del desarrollo en los niños (15). Se ha encontrado relación la mala calidad de la tierra con los trastornos de la personalidad. También se puede establecer una correlación entre el aumento de la densidad de población y el aumento de las tasas de depresión. La mala calidad del aire parece aumentar las tasas de trastorno bipolar en adultos y el riesgo de patología psiquiátrica en la infancia (16).
- **Factores sociales y familiares.** El estilo de crianza se ha relacionado con el desarrollo estructural del sistema nervioso (17), de forma que estilos de crianza disfuncionales podrían tener repercusiones posteriores en la salud mental. Por ejemplo, el alto control por parte de la madre parece aumentar el riesgo de depresión, pero los hijos de madres atentas (no controladoras ni despreocupadas) tienen un riesgo más bajo (18).

Por otro lado, diversos estudios vinculan un nivel socioeconómico familiar bajo con un mayor riesgo de patología mental (19, 20).

- **Factores dependientes del sistema sanitario.** La mayor accesibilidad al sistema sanitario con el que contamos en la actualidad puede promover cambios en la relación de los pacientes y sus familias con el sistema sanitario, permitiendo el aumento de las consultas. También existe una mayor percepción de las alteraciones del comportamiento y el desarrollo, así como de las ventajas que puede ofrecer un diagnóstico de cara al acceso a ayuda especializada (21).

Así pues, es de esperar que este aumento en el número de pacientes de la unidad esté acompañado de variaciones en sus características clínicas (prevalencia y evolución de las diferentes patologías psiquiátricas) y sociodemográficas (residencia, estudios de los padres, tipo de familia, edad y sexo) que nos permitan comprender dicho aumento.

1.2. OBJETIVOS.

Los objetivos del presente estudio son los siguientes:

- Evaluar las características de la demanda en el servicio en el periodo 2013-2021
- Analizar la evolución de la demanda a lo largo del tiempo de seguimiento del estudio.
- Comparar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes del periodo 2013-2021 con los pacientes del periodo 2000-2012.
- Orientar el planteamiento de un estudio de mayor duración que se realizará en la Unidad.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se trata de un estudio observacional descriptivo.

Con el fin de conocer la demanda actual en la Unidad, se ha puesto en marcha un sistema de Registro de Casos, previo consentimiento informado expreso y por escrito del usuario. Los pacientes incluidos en esta base de datos son pacientes atendidos en la USM de la infancia y la adolescencia del CHUS en el periodo enero 2020-enero 2021.

En primer lugar, se realizará una lectura descriptiva de la demanda en este periodo, lo que nos permitirá una mayor comprensión de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes actuales de la unidad.

En segundo lugar, se llevará a cabo una comparación de los datos obtenidos en la primera fase con los datos registrados en las memorias de la unidad en el periodo 2000-2012, lo que nos permitirá realizar una evaluación del incremento de la demanda en los últimos años, analizando los cambios en las características de los pacientes y el nivel de significación estadística de los mismos. Ha de tenerse en cuenta que el presente estudio se trata de un estudio piloto, con un tiempo de seguimiento corto, lo que no nos permite una correcta evaluación de las altas, abandonos y retornos. Con el fin de conocer estos parámetros, se llevará a cabo en el servicio un estudio más extenso, con una duración de tres años.

2.1. POBLACIÓN OBJETIVO DE ESTUDIO.

Los pacientes incluidos en Registro de Casos son pacientes tratados en la USM de la infancia y la adolescencia del CHUS en el periodo enero 2020-enero 2021. Con el fin de poder evaluar altas, abandonos y retornos, se han tomado casos incidentes y prevalentes. Los casos prevalentes consultaron por primera vez dentro del periodo 2013-2020. Se ha obtenido una muestra de 170 pacientes.

El grupo de comparación está extraído de las memorias de la unidad en el periodo 2000-2012. La muestra está conformada por el total de los 3916 pacientes que fueron tratados en ese periodo de tiempo.

2.2. VARIABLES A ESTUDIO.

Las variables a estudio abarcan aspectos clínicos como el diagnóstico y aspectos sociodemográficos relacionados con el manejo clínico del paciente.

2.2.1. Variables sociodemográficas.

- **Género.** Se diferencian hombre y mujer.
- **Edad en la primera consulta.** Las edades de los sujetos a estudio están comprendidas entre los 0 y los 16 años. Se agruparán en **preescolares** (0-5 años), **escolares** (6-11 años) y **adolescentes** (12-16).
- **Origen de la demanda.** Se contemplará como origen de la demanda **atención primaria**, interconsultas de **neuropediatría**, **interconsultas hospitalarias** y derivación a consulta desde el servicio de **Urgencias**.
- **Hábitat.** Diferenciaremos **rural** (menos de 2.000 habitantes), **semiurbano** (entre 2.000 y 10.000 habitantes) o **urbano** (más de 10.000 habitantes).
- **Formas de convivencia.** Diferenciamos:
 - **Familia nuclear.** El menor reside con ambos progenitores. Puede haber o no hermanos.
 - **Familia extensa.** El menor reside con sus progenitores y más familiares diferentes de padres y hermanos.
 - **Familia reconstituida.** El menor reside con uno de sus progenitores y la pareja de este.
 - **Familia monoparental.** El menor reside sólo con uno de sus progenitores.
 - Familia de acogida. El menor reside en un núcleo de convivencia diferente a los progenitores.
 - **Familia adoptiva.**
 - **Menor institucionalizado.**

- **Formación de los padres:**
 - **Estudios primarios:** formación que no alcanza el título de ESO o de EGB.
 - **Estudios secundarios:** formación equivalente a la ESO o a EGB.
 - **Estudios terciarios:** formación equivalente a bachillerato o ciclo formativo.
 - **Estudios universitarios.**

2.2.2. Datos clínicos sanitarios.

- **Retención.** Se refiere al **número de sesiones** requeridas por los pacientes antes de un abandono, alta o derivación.
- **Evolución.** Según el estado del paciente en el momento de tratamiento de los datos diferenciaremos alta, derivación, abandono o continuación de la asistencia.
- **Diagnóstico.** El diagnóstico de los pacientes será agrupado en 16 grupos, basándonos en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (22). Los diferentes grupos se detallan a continuación:
 - **Trastornos orgánicos.** Corresponden a los epígrafes F00-F09 (Trastornos mentales orgánicos). En este estudio, los pacientes incluidos en este grupo son escasos y se engloban en los epígrafes F06, F07 y F08.
 - **Diagnóstico aplazado.** En este grupo se incluirán aquellos pacientes que no dispongan de un diagnóstico en el momento de llevar a cabo el tratamiento de los datos.
 - **Código X.** Se corresponde a los epígrafes X60-X80 del capítulo XX de la CIE-10 (Suicidios y lesiones intencionalmente autoinfligidas, incluyendo intentos de suicidio). Nuestros pacientes se encuentran en las categorías Intento de suicidio y Lesiones autoinfligidas relativas al intento de suicidio.
 - **Código Z.** Corresponden al capítulo XXI de la CIE-10. Se trata de factores que influyen en el estado de salud y en el contacto de los servicios de salud. En este trabajo la mayor parte de los casos englobados en este grupo corresponden con los epígrafes Z55, Z60, Z61 y Z62.
 - **Ausencia de diagnóstico psiquiátrico.** Se agruparán en este grupo los pacientes derivados a la unidad y que, tras su evaluación de estos, no presentan ningún tipo de alteración psiquiátrica y no requieren tratamiento en la unidad.
 - **Trastornos psicóticos.** Corresponde con el epígrafe F29 de la CIE-10.
 - **Trastornos afectivos.** Corresponde con los epígrafes F30-F39 (trastornos del humor).
 - **Trastornos neuróticos.** Corresponde con los epígrafes F40-F49. Excluiremos el epígrafe F43 (trastornos secundarios a estrés grave y trastornos de adopción), que se tratarán por separado.
 - **Trastornos de adaptación.** Corresponde con el epígrafe F43, que incluye los trastornos de adaptación y los relativos a las reacciones de estrés.
 - **Trastornos del comportamiento.** Corresponde con el epígrafe F91.
 - **Trastornos del desarrollo.** En esta categoría agrupamos los epígrafes F70-F79 (Retraso mental) y F80-89 (Trastornos del desarrollo psicológico).
 - **TDAH.** Corresponde al epígrafe F90 (Trastornos hiperkinéticos).

- **Trastornos psicósomáticos.** En este grupo se han englobado las manifestaciones somáticas de escasa entidad, frecuentes en interconsultas pediátricas pero que no alcanzan los criterios para ser incluidos en los trastornos somatomorfos (epígrafe F40-49).
- **Síntomas.** Bajo esta denominación agrupamos los epígrafes F51, F63, F64, F95 y F98. Estos engloban un grupo heterogéneo de trastornos que comparten el inicio en edad infantil. Actualmente en el Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela existe una Unidad de Disforia de Género, por lo que los niños diagnosticados con trastornos de la identidad sexual (F64) serán derivados a la misma tras su evaluación inicial.
- **Trastornos de inestabilidad emocional.** En esta categoría se engloban alteraciones y modos del comportamiento, predominantes en adolescentes, que no pueden ser considerados trastornos de la personalidad, pues es condición indispensable para su diagnóstico ser considerado adulto, pero que demuestran desarrollos de la personalidad problemáticos que conducen en muchos casos a trastornos de personalidad en la edad adulta. Corresponde a los epígrafes F63.8 y F63.9
- **Trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas.** Se engloban en esta categoría a pacientes derivados a la unidad por trastornos relacionados con el consumo de drogas. Estas consultas son escasas, normalmente relacionadas con el cannabis, y habitualmente se derivan a unidades de prevención y tratamiento de la drogadicción.
- **Trastorno de la conducta alimentaria (TCA).** Corresponde con el epígrafe F50.

2.3. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES.

Antes de acceder a historia clínica de un paciente, se obtendrá el consentimiento informado, en cumplimiento de las condiciones establecidas en la Ley de Investigación Biomédica (Ley 14/2007, de 3 de julio).

2.4. TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

Para la creación del Registro de Casos, se accederá a las historias clínicas de los pacientes incluidos en el estudio (previo consentimiento informado) y se complementaran los datos correspondientes a las variables clínicas y sociodemográficas a estudio. Todos los datos serán posteriormente anonimizados para poder garantizar la confidencialidad de los participantes. La información obtenida será introducida en el programa informático SPSS Statistics versión 25 de forma anonimizada para posteriormente llevar a cabo el análisis estadístico. El nivel de significación estadística será evaluado con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson.

En lo que respecta a la Memorias de la Unidad, los datos en ellas recogidas han sido anonimizados con anterioridad a la realización del análisis estadístico, de forma que en este estudio se empleará los datos porcentuales reflejados en las mismas.

3. RESULTADOS.

3.1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

3.1.1. Género.

Tanto en el periodo actual como en los años anteriores hubo un predominio de hombres en las consultas. De los 3916 pacientes del periodo 2000-2012, encontramos 2342 hombres (59,8%) y 1574 mujeres (40,2%), mientras que en la muestra de 170 pacientes del periodo actual encontramos 105 hombres (61,8%) y 65 mujeres (38,5%).

Así, si bien se ha detectado un ligerísimo incremento en la proporción de hombres, no aparecieron diferencias significativas entre ambas ($\chi^2 = 0,26$ y $p = 0,61$).

3.1.2.- Edad.

En lo referente a la edad de la primera consulta, la mayor parte de los pacientes consultaron en edad escolar. Respecto al periodo 2000-2012, se observó un ligero incremento de la edad media de los pacientes, con un menor porcentaje de pacientes en edad preescolar y un aumento importante de los adolescentes. En este caso, al llevar a cabo las pruebas de significación estadística, se observaron diferencias significativas en la distribución por edades de los pacientes en los dos grupos: $\chi^2 = 8,316$ y $p = 0,016$.

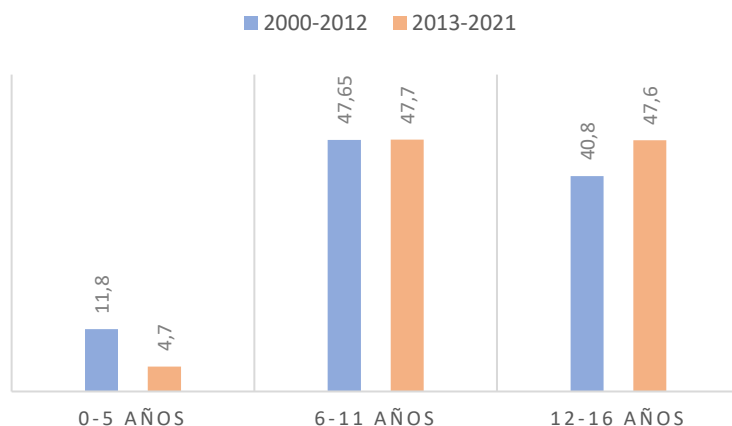


Gráfico 2. Distribución etaria en los dos grupos a estudio (en porcentajes)

3.1.3. Hábitat.

En lo que se refiere al hábitat, en ambas muestras el grueso de los pacientes procede del medio rural. Parece haber una tendencia descendente del porcentaje de pacientes procedentes del medio rural (46,1% del periodo 2000-2012 frente a 39,4% en el periodo actual) en favor de los pacientes procedentes de medio urbano o semiurbano ($\chi^2 = 3,241$ y $p = 0,198$).

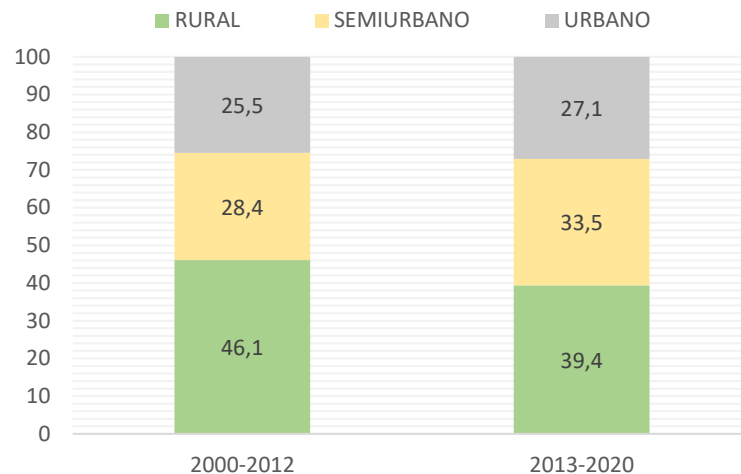


Gráfico 3. Distribución de la variable "lugar de residencia" en los dos grupos a estudio (en porcentajes)

3.1.4.- Unidad de convivencia.

En lo que se refiere al tipo de familia, en ambos grupos apareció una mayoría de pacientes que conviven con una familia nuclear. Sin embargo, observó una disminución de las familias nucleares y extensas, con un aumento considerable de los pacientes que conviven con familias compuestas, que han pasado de suponer un 2,6% a suponer un 15,4%.

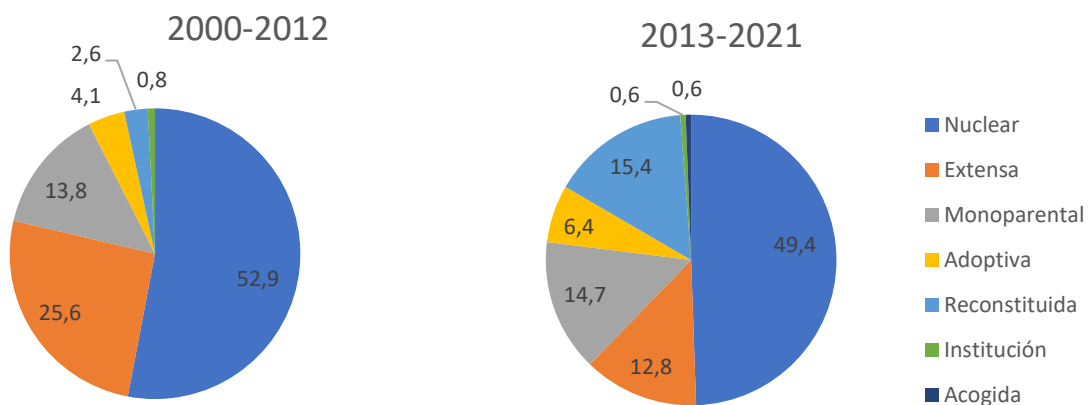


Gráfico 4. Distribución de la variable "tipo de familia" en ambos grupos (porcentaje).

Al analizar la significación estadística, encontramos que existen diferencias significativas en la unidad de convivencia de los dos grupos a estudio ($\chi^2 = 91,42$ y $p = 0,000$). Para la realización de esta prueba ha sido necesario agrupar los datos en categorías mayores por la baja frecuencia de algunas variables; estos datos se han obtenido después de agrupar las tres categorías que aparecen con menor frecuencia en el grupo actual.

3.1.5. Nivel de estudios de los progenitores.

En lo que se refiere al nivel de estudios de los progenitores del paciente, la evaluación de los datos resulta compleja; en el periodo actual desconocemos el nivel de estudios del 18,8% de las madres y del 21,8% de los padres.

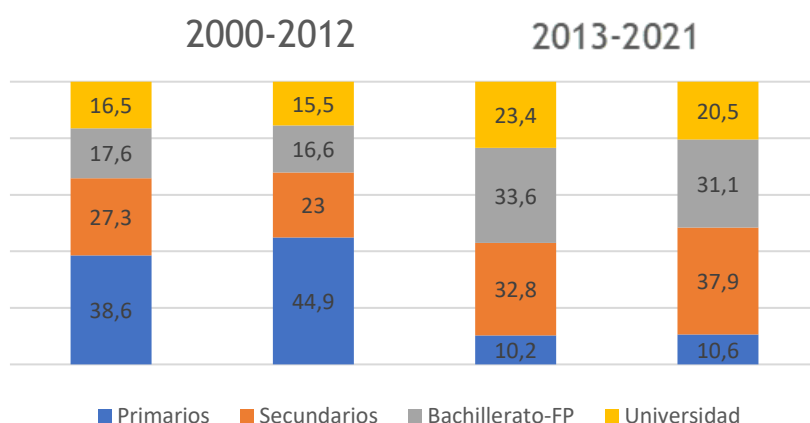


Gráfico 5. Distribución de la variable “nivel de estudios de los progenitores” en ambos grupos a estudio (porcentaje).

En el periodo 2000-2012, lo más frecuente era que los progenitores de los pacientes tuviesen estudios primarios. Sin embargo, los datos parecen indicar una disminución de progenitores con estudios primarios, en favor de los niveles de estudios superiores. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en lo que se refiere tanto al nivel de estudios de la madre ($X^2 = 52,01$ y $p = 0,000$) como al del padre ($\chi^2 = 64,09$ y $p = 0,000$)

3.2. ASPECTOS CLÍNICOS.

3.2.1. Demanda.

En lo referente a la demanda, en el periodo 2013-2021 un alto porcentaje de los pacientes acuden a la unidad derivados por su pediatra de atención primaria (72,9%). En el periodo anterior, los pacientes derivados por su pediatra sólo suponían un 30%, pero hay que tener en cuenta que se ha producido un cambio en los mecanismos de derivación: en hasta hace pocos años, los niños podían ser derivados desde la escuela o por petición de la familia, sin necesidad de pasar por su médico de atención primaria. Estas dos modalidades de demanda suponían en el periodo 2000-2012 un 29% y un 16%, respectivamente.

Por otro lado, observamos un aumento del 4% en el número de pacientes derivados desde urgencias (han pasado de suponer el 3,1% en el periodo anterior a suponer el 7,1% en la muestra actual). En la muestra más reciente, un 7,6% de los pacientes provenían de interconsultas con neuropediatría e igual porcentaje, de interconsultas con otras especialidades hospitalarias. En el periodo anterior, los pacientes derivados a la unidad por un especialista suponían un 19,5%. En este caso, no se realizan pruebas de significación estadística, dado que las variables son diferentes.

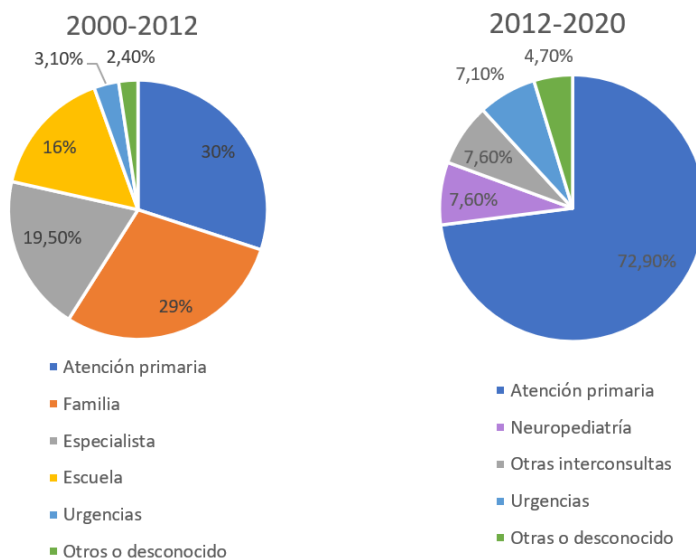


Gráfico 6. Distribución de la variable "origen de la derivación" (porcentaje) en los dos grupos a estudio.

3.2.2.- Diagnósticos.

En el periodo actual, las patologías más frecuentemente diagnosticadas fueron el TDAH (que supone un 39,4%) y los trastornos neuróticos (21,8%), seguidos por los trastornos del desarrollo y los trastornos afectivos.

El grupo etario conformado por los pacientes en edad preescolar (0-5 años) resultó ser el menos numeroso de la muestra, ya que en él sólo se encuadran 8 pacientes, seis de ellos hombres. En este grupo etario solamente fueron diagnosticadas patologías de tres grupos: trastornos neuróticos, trastornos del desarrollo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

El trastorno más frecuente en este grupo etario es el TDAH, que afecta a 3 hombres y 2 mujeres. Cuatro de los menores diagnosticados de TDAH presentaron otras patologías concomitantes: uno de ellos presentó enuresis nocturna y ansiedad generalizada; otro de ellos, fue encuadrado en un código Z relacionado con una mala situación familiar; otro, presentó también un trastorno del desarrollo y en el cuarto, el diagnóstico principal estaba asociado con un trastorno del comportamiento.

Tabla 2. Distribución por género de las diferentes patologías en los pacientes de 0 a 5 años del periodo 2013-2021

DIAGNÓSTICO		GÉNERO		TOTAL
		HOMBRE	MUJER	
Trastornos neuróticos	Recuento	1	0	1
	% del total	12,5%	0,0%	12,5%
Trastornos del desarrollo	Recuento	2	0	2
	% del total	25,0%	0,0%	25,0%
TDAH	Recuento	3	2	5
	% del total	37,5%	25,0%	62,5%
TOTAL	Recuento	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	100,0%

En el grupo etario formado por los pacientes en edad escolar, conformado por un total de 81 pacientes, apareció un claro predominio masculino (71,6%). Destacó el alto porcentaje de pacientes diagnosticados de TDAH (44,4%). En esta patología y en esta franja de edad se observó un claro predominio masculino (30 hombres frente a 6 mujeres). Los trastornos neuróticos fueron los segundos en frecuencia en este grupo, en este caso con un claro predominio femenino (10 mujeres frente a 7 hombres). En tercer lugar, encontramos los trastornos del desarrollo, que afectaron a 8 niños y a 2 niñas.

Tabla 3. Distribución por género de las diferentes patologías en los pacientes de 6 a 11 años del periodo 13-21

DIAGNÓSTICO		GÉNERO		TOTAL
		HOMBRE	MUJER	
Diagnóstico aplazado	Recuento	1	0	1
	% del total	1,2%	0,0%	1,2%
Código Z	Recuento	3	0	3
	% del total	3,7%	0,0%	3,7%
Trastornos psicóticos	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,2%	1,2%
Trastornos neuróticos	Recuento	7	10	17
	% del total	8,6%	12,3%	21,0%
Trastornos adaptativos	Recuento	2	2	4
	% del total	2,5%	2,5%	4,9%
TCA	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,2%	1,2%
Síntomas	Recuento	3	0	3
	% del total	3,7%	0,0%	3,7%
Trastornos del desarrollo	Recuento	8	2	10
	% del total	9,9%	2,5%	12,3%
TDAH	Recuento	30	6	36
	% del total	37,0%	7,4%	44,4%
Trastornos del comportamiento	Recuento	4	1	5
	% del total	4,9%	1,2%	6,2%
TOTAL	Recuento	58	23	81
	% del total	71,6%	28,4%	100,0%

Del total de los pacientes en edad escolar 23 de los pacientes presentaron otros trastornos psiquiátricos que aparecían de forma concomitante a su patología principal: los más frecuentes fueron los códigos Z concomitantes con trastornos neuróticos y del comportamiento y la asociación de trastornos del desarrollo y TDAH.

El grupo conformado por los pacientes adolescentes (12-16 años) fue el que presentó una menor diferencia entre las proporciones de hombres y mujeres. Más de la mitad de las pacientes incluidas en este estudio se encuadraron en este grupo (40 de 65). El trastorno más frecuente en esta franja etaria, al igual que en las dos anteriores, resultó ser el TDAH, seguido en frecuencia por los trastornos neuróticos y los afectivos. Sin embargo, si realizamos un desglose por género, encontramos que, en las adolescentes incluidas en el estudio, los trastornos más frecuentes fueron los neuróticos, seguidos de los afectivos, ocupando el TDAH el tercer lugar en cuanto a frecuencia. Cabe destacar también que en este grupo aparecieron por primera vez los trastornos de la conducta alimentaria, ausentes en las otras franjas de edad y que afectan únicamente a mujeres.

En este grupo etario, 12 de los 81 pacientes presentaron un segundo diagnóstico, siendo frecuentes, como en el caso anterior, los códigos Z concomitantes con patología neurótica y la asociación de TDAH y trastornos desarrollo. También aparece en este grupo un código X en relación con un trastorno afectivo.

Tabla 4. Distribución por género de las diferentes patologías en los pacientes de 12 a 16 años del periodo 13-21

DIAGNÓSTICO		GÉNERO		TOTAL
		HOMBRE	MUJER	
Código Z	Recuento	1	2	3
	% del total	1,2%	2,5%	3,7%
Ausencia diagnóstico psiquiátrico	Recuento	2	0	2
	% del total	2,5%	0,0%	2,5%
Trastornos psicóticos	Recuento	0	1	1
	% del total	0,0%	1,2%	1,2%
Trastornos afectivos	Recuento	3	9	12
	% del total	3,7%	11,1%	14,8%
Trastornos neuróticos	Recuento	7	12	19
	% del total	8,6%	14,8%	23,5%
Trastornos adaptativos	Recuento	2	2	4
	% del total	2,5%	2,5%	4,9%
TCA	Recuento	0	3	3
	% del total	0,0%	3,7%	3,7%
Síntomas	Recuento	2	0	2
	% del total	2,5%	0,0%	2,5%
Trastornos del desarrollo	Recuento	3	1	4
	% del total	3,7%	1,2%	4,9%
TDAH	Recuento	20	6	26
	% del total	24,7%	7,4%	32,1%
Trastornos del comportamiento	Recuento	1	4	5
	% del total	1,2%	4,9%	6,2%
TOTAL	Recuento	41	40	81
	%	50,6%	49,4%	100,0%

Al realizar una comparación de los trastornos más frecuentes en hombres y mujeres en los tres grupos de edad observamos que los trastornos neuróticos y afectivos predominaron en las mujeres, mientras que el TDAH y los trastornos del desarrollo predominaron en los hombres. En los trastornos del comportamiento no hubo diferencia.

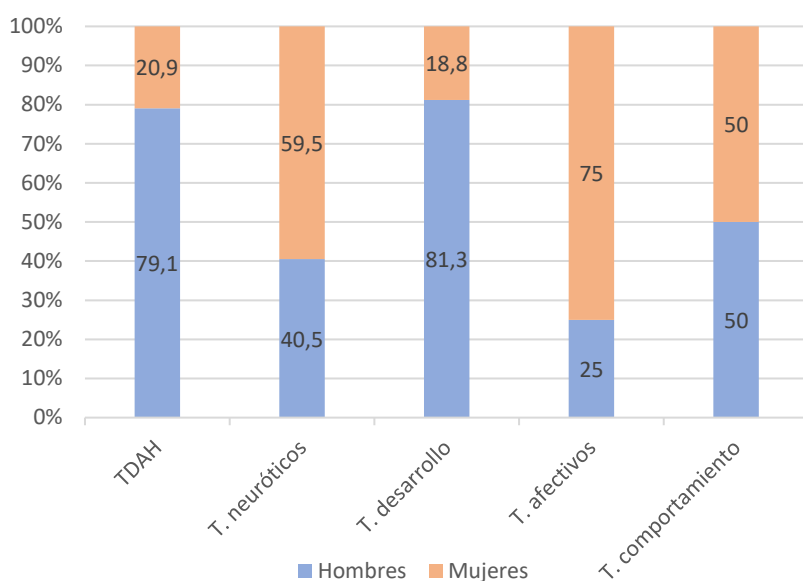


Gráfico 6. Diferencias en la distribución por género de las patologías más frecuentes (porcentaje de los diagnosticados) en la muestra del periodo 2013-2021

Tabla 5. Distribución por género de las diferentes patologías en los pacientes del periodo 13-21

DIAGNÓSTICO	GÉNERO					
	Recuento	HOMBRE		Recuento	MUJER	
		*	#		*	#
Diagnóstico aplazado	1	100%	1%	0	0%	0%
Código Z	4	66,7%	3,8%	2	33,3%	3,1%
Ausencia de diagnóstico psiquiátrico	2	100%	1,9%	0	0%	0%
Trastorno psicótico	0	0%	0%	2	100%	3,1%
Trastornos afectivos	3	25%	2,9%	9	75%	13,8%
Trastornos neuróticos	15	40,5%	14,3%	22	59,5%	33,8%
Trastornos adaptativos	4	50%	3,8%	4	50%	6,2%
TCA	0	0%	0%	4	100%	6,2%
Síntomas	5	100%	4,8%	0	0%	0%
Trastornos del desarrollo	13	81,3%	12,4%	3	18,8%	4,6%
TDAH	53	79,1%	50,5%	14	20,9%	21,5%
Trastornos del comportamiento	5	50%	4,8%	5	50%	7,7%
TOTAL	105	61,8%	100%	65	38,2%	100%

* Porcentaje que cada género supone dentro del grupo de diagnosticados.
Porcentaje que cada diagnóstico supone para cada género.

Al comparar los porcentajes que supusieron los diferentes grupos de trastornos en los dos periodos temporales, observamos diferencias. En el periodo 2013-2021 las patologías más frecuentes fueron el TDAH, los trastornos neuróticos, los trastornos del desarrollo, los trastornos afectivos y los trastornos del comportamiento.

En el gráfico 7 observamos la comparación de los porcentajes correspondientes a estas patologías en ambos grupos de pacientes; se objetiva un aumento importante de los mismos respecto al periodo 2000-2012, donde las patologías más frecuentes eran los trastornos neuróticos, seguidos de los códigos Z, la ausencia de diagnóstico psiquiátrico, el TDAH y en quinto lugar los trastornos del desarrollo.

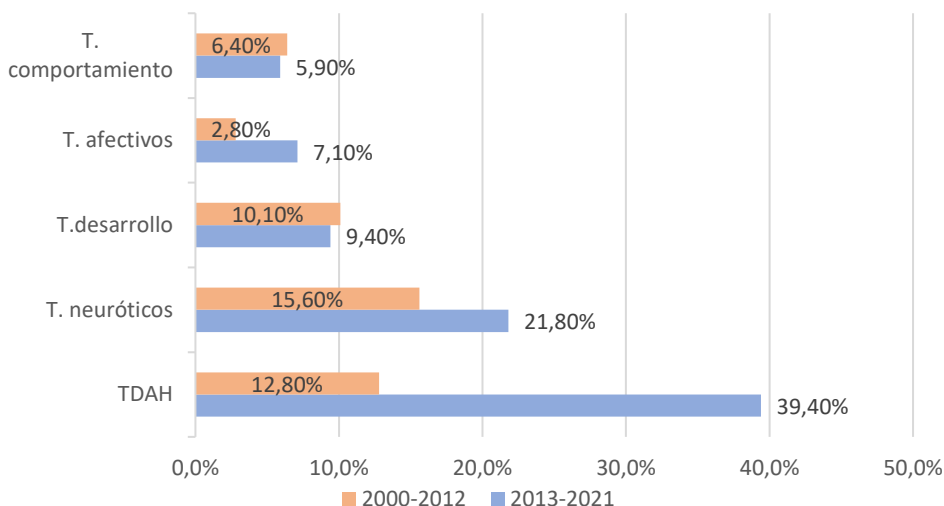


Gráfico 7. Diferencias en la distribución de las patologías más frecuentes en los dos grupos a estudio (porcentaje)

Tabla 6. Distribución de las diferentes patologías en los pacientes en los dos grupos a estudio.

DIAGNÓSTICO	PERÍODO	
	2000-2012	2013-2021
Trastornos orgánicos	20 (0,5%)	0 (0%)
Diagnóstico aplazado	0 (0%)	1 (0,6%)
Código X	43 (1,1%)	0 (0%)
Código Z	571 (14,6%)	6 (3,5%)
Ausencia de diagnóstico psiquiátrico	564 (14,4%)	2 (1,2%)
Trastorno psicótico	70 (1,8%)	2(1,2%)
Trastornos afectivos	106 (2,7%)	12 (7,1%)
Trastornos neuróticos	607 (15,5%)	37 (21,8%)
Trastornos adaptativos	262 (6,7%)	8 (4,7)
TCA	117 (3%)	4 (2,4%)
Síntomas	396 (10,1%)	5 (2,9%)
Trastornos del desarrollo	392 (10%)	16 (9,4%)
TDAH	486 (12,4%)	67 (39,4%)
Trastornos del comportamiento	250 (6,4%)	10 (5,9%)
Trastornos psicósomáticos	16 (0,4%)	0 (0%)
Trastornos por inestabilidad emocional	4 (0,1%)	0 (0%)
Trastorno por consumo de sustancias	12 (0,3%)	0 (0%)
TOTAL	3916 (100%)	170 (100%)

Así, se observó un aumento significativo del número de pacientes diagnosticados de TDAH, trastornos neuróticos y trastornos afectivos, además de una importante disminución de los códigos Z, la ausencia de patología psiquiátrica y los síntomas (enuresis nocturna, tic...). Estos cambios estudio motivaron la existencia de una diferencia significativa ($\chi^2 = 187,83$ y $p = 0,000$) en la distribución de los diagnósticos en los dos grupos a estudio

3.2.3.- Tratamiento.

Al analizar los datos correspondientes al periodo 2013-2021 podemos observar como la modalidad de tratamiento empleada difiere para las diferentes patologías. De esta forma se puede concluir que los pacientes diagnosticados de trastornos afectivos son los que tienen más probabilidades de recibir tratamiento farmacológico: el 100% de los pacientes diagnosticados de un trastorno afectivo en la muestra actual reciben tratamiento mixto. El grado de utilización de psicofármacos también es elevado en los pacientes diagnosticados con TDAH: el 85,1% de los diagnosticados en la muestra actual reciben tratamiento farmacológico, mayormente acompañado de psicoterapia (80,6%). Por otro lado, hasta la mitad de los pacientes diagnosticados de un trastorno del desarrollo se tratan sin recurrir a psicofármacos (el 50% reciben orientación o psicoterapia como único tratamiento).

Tabla 7. Distribución de la modalidad terapéutica elegida en las patologías más frecuentes en la muestra 13-21

DIAGNÓSTICO	MODALIDAD DE TRATAMIENTO				
	ORIENTACIÓN	PSICOTERAPIA	FÁRMACOS	MIXTO	INGRESO
T. AFECTIVOS				100,0%	
T. NEURÓTICOS	2,7%	21,6%		75,7%	
T. DESARROLLO	6,3%	43,8%	6,3%	43,8%	
TDAH	1,5%	11,9%	4,5%	80,6%	1,5%
T. COMPORTAMIENTO		30,0%		70,0%	

En lo que se refiere al tratamiento, parece haber habido un cambio respecto al periodo anterior, aumentando en gran medida el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento farmacológico: en el periodo anterior, hasta un 67,5% de los pacientes eran tratados sin recurrir al tratamiento farmacológico, pero en la muestra actual, este porcentaje se reduce a un 26,4%. Si bien es cierto que se ha incrementado el porcentaje de pacientes que reciben sólo tratamiento farmacológico (2,9% frente a 0,3%), el grueso de los pacientes del grupo actual recibe tratamiento mixto, es decir, una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia/orientación. Por otro lado, parece haber habido un descenso de las hospitalizaciones (sólo un paciente del grupo actual requirió ser hospitalizado para su tratamiento). Estos cambios son estadísticamente significativos: $\chi^2 = 179,23$ y $p = 0,000$.

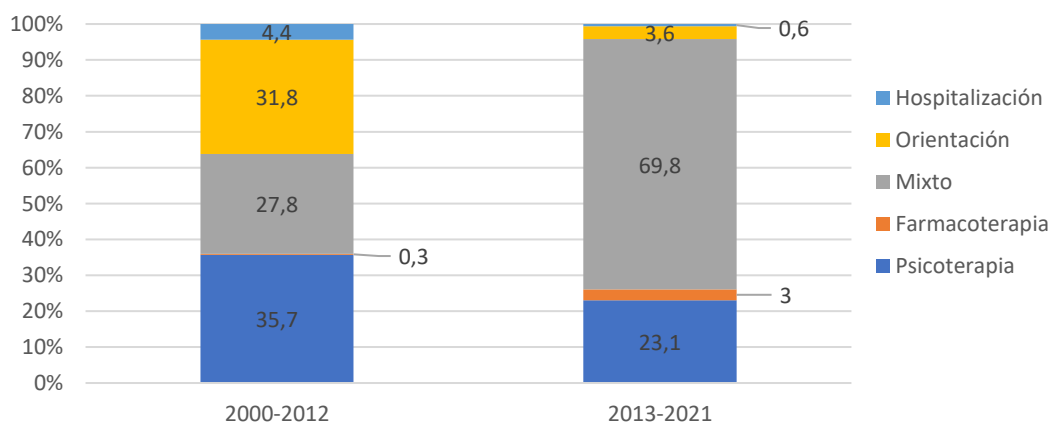


Gráfico 8. Diferencias en la distribución del tratamiento en los dos grupos a estudio (porcentaje)

3.3.4.- Evolución.

Los datos correspondientes a la evolución deben ser tomados con precaución; el presente estudio se trata de un ensayo piloto, con un tiempo de duración breve que no permite una correcta evaluación de parámetros que requieran un tiempo de estudio largo para su análisis.

En lo que se refiere a las altas, 19 de los 170 pacientes del grupo actual (11,2%) fueron dados de alta en algún momento de su evolución y 14 de ellos (8,2%) no han retornado a la consulta en el momento de llevar a cabo el análisis de los datos; un 26,32% de los pacientes dados de alta regresaron a las consultas de la Unidad. Por otro lado, 42 pacientes (es decir, el 24,7%) fueron derivados. De estos 42, 41 fueron derivados a la USM por cumplir 16 años y uno, a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria. En enero de 2013, el 45,1% de los pacientes derivados a la unidad entre el año 2000 y el 2012 habían sido dados de alta y un 14,7% de ellos, habían sido derivados.

En la muestra actual, 28 pacientes abandonaron las consultas al menos una vez, lo que supuso una tasa de abandonos del 16,5%. De estos pacientes, 20 habían retornado a las consultas en el momento en que los datos fueron procesados, es decir, que un 71,43% de los abandonos estuvo seguido por un retorno a la Unidad. En el periodo previo, un 34,1% de los pacientes abandonó la unidad en algún momento del estudio, pero en el momento de análisis de los datos un 21,42% de ellos había regresado a la consulta. Dos de los pacientes del grupo 2013-2021 (es decir, un 1,8%) abandonaron en dos ocasiones y ambos retornaron a las consultas después de cada abandono, por lo que continuaban en seguimiento en la fecha de análisis de los datos. En los datos obtenidos de las memorias de la unidad se observa que un 3,1% de los pacientes que abandonaron en el periodo 2000-2012 retornaron para repetir su abandono en hasta 3 o 4 ocasiones.

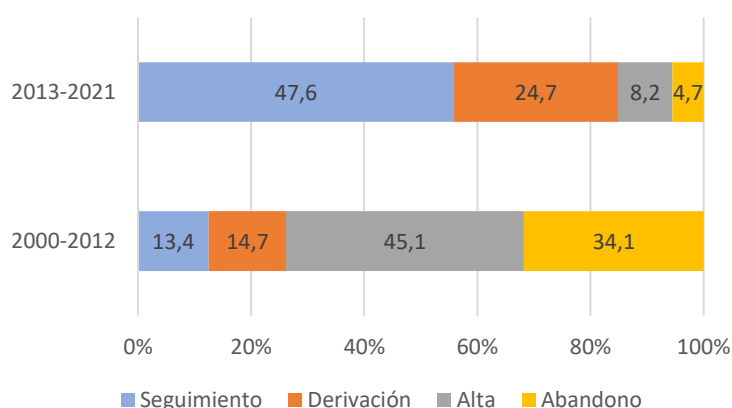


Gráfico 9. Diferencias en la evolución en pacientes de los dos grupos a estudio (porcentaje).

En el gráfico 9 se compara la evolución de los pacientes en los dos grupos a estudio. Las diferencias entre ambos son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 345,05$ y $p = 0,000$); la evolución de los pacientes parece haber cambiado.

En lo que se refiere a los retornos, el 53,2% de las altas o abandonos en la muestra actual fueron seguidos por un retorno. El 16% de los pacientes que retornaron lo hicieron en más de una ocasión. En enero de 2013, el 78,6% de los pacientes que habían abandonado el seguimiento o habían sido dados de alta en el periodo 2000-2012 habían retornado a la consulta. Un 21,4% de ellos retornó en más de una ocasión. Así, si bien se observó que el porcentaje de retornos luego de un abandono es mayor en el grupo actual, el total de retornos (después de alta o abandono) es mayor en los datos obtenidos de las memorias de la unidad, por lo que podemos inferir que el porcentaje de retornos tras el alta fue mayor en el grupo 2000-2012.

En lo referente al número de sesiones consumidas por los pacientes antes de ser dados de alta, abandonar o ser derivados, también fueron observadas diferencias significativas entre los dos periodos ($\chi^2 = 17,47$ y $p = 0,001$). Como se puede observar en el gráfico 8, apareció un aumento de las sesiones consumidas. Se observó una disminución de los pacientes que necesitaron cuatro sesiones o menos y un aumento significativo de los pacientes que necesitaron 5-24 sesiones; así, mientras que en el periodo 2000-2012 casi la mitad de los pacientes necesitan menos de cuatro sesiones, ahora lo más habitual es que requieran entre 5 y 24 sesiones. Por otro lado, también se pudo observar un aumento del número de pacientes que consumieron más de 37 sesiones antes de ser dados de alta, abandonar o ser derivados, pasando de suponer el 3,1% en el periodo anterior al 12% que representan en la muestra más actual.

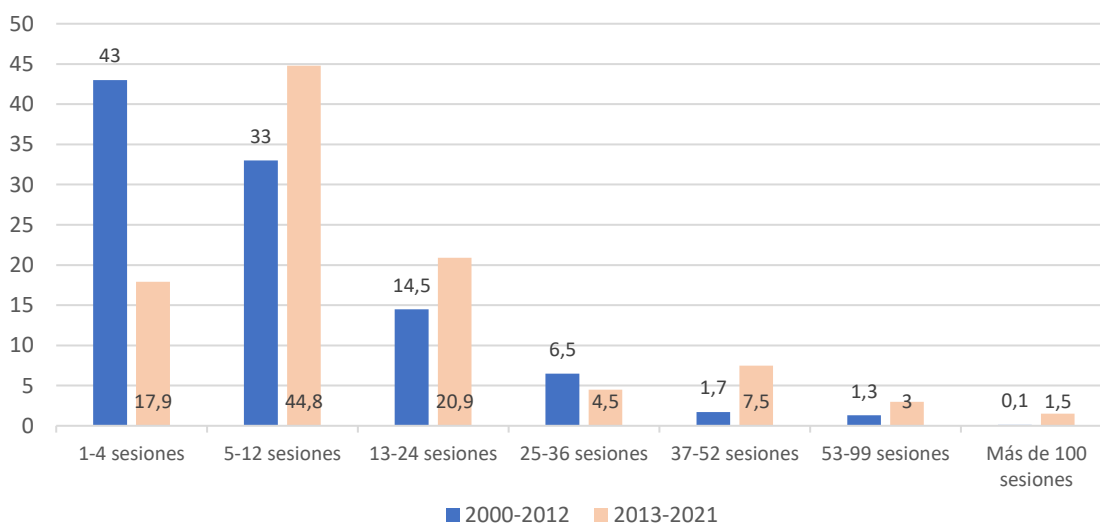


Gráfico 10. Diferencias de las sesiones requeridas por los pacientes en los dos grupos a estudio (porcentaje)

3.3. PACIENTE ESTÁNDAR.

En el grupo de paciente del periodo 2000-2012, el paciente estándar sería un hombre en edad escolar, que acudiría derivado por su pediatra de atención primaria, procedente del medio rural y con una familia nuclear. Sus progenitores habrían completado los estudios primarios. Sería diagnosticado de un trastorno neurótico y tratado con psicoterapia, consumiendo 1-4 sesiones.

El grupo actual presenta pocas diferencias respecto al anterior en lo que se refiere a las características sociodemográficas del paciente estándar: también sería un hombre en edad escolar, derivado por su pediatra de atención primaria y procedente del medio rural. En este caso, sus padres tendrían estudios secundarios. En lo que se refiere a las variables clínicas se objetiva un cambio mayor: en este caso, el paciente estándar sería diagnosticado de TDAH, recibiría tratamiento mixto y consumiría entre 5 y 8 sesiones antes de ser derivado, dado de alta o abandonar la consulta.

4. DISCUSIÓN.

El presente estudio evidencia que existen diferencias significativas en lo que se refiere a las características clínicas y sociodemográficas entre los pacientes actuales y los pacientes del periodo anterior. Entre los años 2012 y 2013 en las consultas de la Unidad se produjo una disruptiva en el número de pacientes de la unidad, si bien es cierto que el incremento del número de pacientes había ido creciendo progresivamente en las décadas anteriores. Este cambio cuantitativo se acompaña de un cambio cualitativo, de forma que observamos una transformación en el perfil del paciente estándar y da lugar, por tanto, a una repercusión en la clínica y en la actividad asistencial.

El aumento en el número de consultas no se trata de un hecho aislado ocurrido en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela, sino que se trata de un hecho generalizado. Diversos estudios, realizados en diferentes puntos del planeta, avalan este aumento en la patología psiquiátrica del niño y del adolescente. El estudio realizado por Márquez-Caraveo et al. (9) en el hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro, situado en ciudad de México, muestra un aumento importante del número de consultas a lo largo de los años. En lo referente a la población europea, también encontramos estudios que exponen un aumento de la necesidad asistencial en lo que se refiere a salud mental infantil: Atladottir et al. (10) llevaron a cabo un estudio con tres cohortes europeas (además de una cohorte australiana) que mostró un aumento progresivo en la prevalencia de trastorno de déficit de atención y de los trastornos del espectro autista en los menores de edad en los últimos años. De forma análoga, en Estados Unidos, el estudio realizado por Boyle (11) también muestra un aumento de las consultas centradas en los trastornos del neurodesarrollo (donde podemos incluir el TDAH y los TEA, además de otras alteraciones del desarrollo) en las últimas décadas. Según diversos estudios, no hay una causa única que motive este incremento, sino que se debe al efecto conjunto de las alteraciones del ámbito social, familiar y académico; factores genéticos y epigenéticos; y cambios en la relación de los pacientes y su entorno con el sistema sanitario, dado que actualmente contamos con una mayor accesibilidad a la atención sanitaria u una mayor percepción de las alteraciones del comportamiento y el desarrollo (12-21).

Con este estudio parece claro que el predominio de hombres en las consultas se mantiene estable a lo largo del tiempo. Estos hallazgos son compatibles con los resultados de estudios previos realizados en la unidad (7, 23, 24) y con otros estudios de similar metodología (25, 26). Este resultado puede explicarse por el aumento de los trastornos del desarrollo en los pacientes de la Unidad, puesto que estos son más frecuentes en hombres (27). Este tipo de trastornos ocasionan comportamientos disruptivos que ponen en alerta a la familia de los pacientes y al equipo docente de sus escuelas (28). En las mujeres hay un predominio claro de los trastornos afectivos y neuróticos, sobre todo llegada la adolescencia.

De hecho, al analizar las diferencias en la edad media de los pacientes de la unidad según su género en los pacientes del periodo 2013-2021 apreciaremos que la mayor parte de los hombres presentes en la muestra tenían edades comprendidas entre los 6 y los 12 (55,2%), mientras que la mayoría de las mujeres tenían edades superiores a los 12 años (61,5%). Esto podría explicar porque en estudios similares con una población muestral de mayor edad media aparezca un predominio femenino (29).

La edad media de nuestros pacientes ha aumentado respecto al periodo 2000-2012, si bien es cierto que el grupo más numeroso es el constituido por pacientes en edad escolar, como ya venía ocurriendo en estudios anteriores realizados en la Unidad. En otro estudio realizado en la unidad (30) en 1997 se había encontrado una predominancia de los adolescentes sobre los niños en edad escolar, que suponía casi la mitad de la muestra; hoy los datos muestran una tendencia a la recuperación de estas proporciones previas. Este aumento de la edad media de los pacientes puede explicar el importante aumento de las derivaciones respecto al periodo previo.

En lo que se refiere al hábitat, se mantiene el predominio de los pacientes procedentes del medio rural. Esto puede resultar contradictorio si tenemos en cuenta la relación que existe entre la patología mental en la infancia y la adolescencia y el ambiente urbano (15, 16). Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que estos niños proceden de un área mayoritariamente rural, al igual que el resto de Galicia, por lo que es de esperar que el grueso de nuestros pacientes proceda de poblaciones de menos de 2.000 habitantes. El ligero aumento de los pacientes de los medios urbano y semiurbano podría ser puesto en relación con el crecimiento de la población en algunas zonas del área sanitaria en los últimos años, que puede conducir a un cambio de categoría de las poblaciones.

El presente estudio ha encontrado diferencias significativas en las familias de las que proceden los pacientes de la Unidad. Si bien es cierto que se mantienen un predominio de las familias nucleares, en el grupo actual ha aparecido una disminución de estas y de las familias extensas, con un aumento importante de las familias compuestas.

Hay que tener en cuenta la influencia que la evolución demográfica puede haber tenido en los cambios expuestos en el párrafo anterior: en España se está produciendo un aumento importante de los divorcios o separaciones y 4 de cada 5 parejas que se divorcian tienen hijos menores de edad (31), hecho que actúa como predisponente para el aumento de las familias compuestas y explica en parte la disminución de las familias nucleares.

En lo que atañe al nivel de estudios de los progenitores, por otro lado, debemos tener en cuenta que los datos deben ser interpretados con precaución, puesto que un quinto de los valores correspondientes a esta categoría se desconocía a la hora de llevar a cabo la evaluación de los datos. Sin embargo, todo parece apuntar a un aumento del nivel de estudios de los progenitores se ha incrementado. Estos datos podrían ser un reflejo de lo que viene ocurriendo en la población española; según datos del Ministerio de Educación y Formación profesional (32), el número de jóvenes cuya titulación máxima fueron los estudios primarios pasó de un 44,4% en el 2000 a un 32,3% en el 2018.

Si bien este estudio no ha evaluado el nivel socioeconómico de los pacientes, hay que destacar la posible implicación de la crisis económica en el aumento de las consultas que se produjo en el año 2012. Este año estuvo marcado por la inestabilidad económica y el aumento del paro, de forma que es plausible que un porcentaje de este aumento de la demanda esté motivado por la complicada situación económica del país y su repercusión en la economía familiar de los pacientes.

El origen de la demanda ha sido complejo de evaluar por los diferentes criterios empleados en ambos periodos, pero observamos como el pediatra de atención primaria tiene un peso especialmente relevante en el proceso de derivación. Como ya se ha mencionado, un alto porcentaje de los niños que acuden al pediatra por otras causas tienen algún tipo de patología psiquiátrica, pero sólo un 30% de ellos es derivado (3). Debe hacerse hincapié en la necesidad de evaluar la salud mental de los niños y adolescentes desde sus centros de salud, para permitir que reciban ayuda de forma precoz.

En relación con el diagnóstico, en el periodo 2013-2021, las patologías más frecuentes en los pacientes que componen la muestra fueron (en orden decreciente) el TDAH, los trastornos neuróticos, los trastornos del desarrollo, los trastornos afectivos y los trastornos del comportamiento. En contraposición, en el periodo 2000-2012 las patologías más habituales eran los trastornos neuróticos, los códigos Z, la ausencia de diagnóstico psiquiátrico, el TDAH y los trastornos del desarrollo. Aparece un incremento significativo del TDAH, los trastornos neuróticos y los trastornos afectivos, así como una caída del porcentaje atribuido a los códigos Z y a la ausencia de diagnóstico psiquiátrico.

No se han encontrado en la muestra más reciente, pero sí en el periodo anterior, pacientes cuyo primer diagnóstico sean los trastornos psicossomáticos o la inestabilidad emocional, si bien es cierto que probablemente aparecen de forma concomitante con otros trastornos. En lo que se refiere a los pacientes con problemas por consumo de sustancias psicotrópicas es necesario tener en cuenta que suelen ser derivados a la unidad específica; por tanto, no es frecuente que sean tratados en la USMIJ.

Los datos del estudio muestran un aumento considerable del porcentaje de pacientes diagnosticados de TDAH; es la patología más frecuente en los tres grupos etarios y ha pasado de suponer un 12,4% en los pacientes del periodo 2000-2012 a suponer en el grupo más actual un 39,4%. Este importante incremento demostrado no es exclusivo de esta Unidad, sino que estudios que emplearon metodología similar también encontraron un aumento de los casos de TDAH y otros trastornos del desarrollo en los últimos años, llegando a ser la patología más prevalente en las consultas (9, 33).

El TDAH se asocia con frecuencia a otros trastornos del neurodesarrollo, como el TEA o el trastorno específico del lenguaje. En nuestro estudio, 10 de los 16 niños diagnosticados de un TEA (62,5%) presentaron asociación con TDHA. Los TEA y el TDAH son los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes y existen una asociación importante entre ellos; se calcula que entre un 30 y un 80% de los niños diagnosticados de TEA presentan también síntomas compatibles con TDHA. Ambos trastornos de han relacionado con alteraciones de la función ejecutiva y el diagnóstico es clínico en ambos casos, basado en alteraciones conductuales. El TDAH está caracterizado por patrones de inatención e hiperactividad, en muchos casos acompañados por una marcada impulsividad. Por otra parte, en los TEA aparecen defectos en la interacción social y la comunicación, unidos a la aparición de patrones de comportamiento restrictivos y repetitivos. Sin embargo, es frecuente la aparición en los pacientes con TEA de síntomas compatibles con TDAH, así como la presencia de problemas en la interacción social en los niños con TDAH. Estas altas cifras de comorbilidad deben ser tenidas en cuenta, puesto que hasta un 30% de los pacientes que presentan de forma comórbida TEA y TDAH muestran un empeoramiento tras el tratamiento con los fármacos habituales para el TDAH (34).

Por otro lado, observamos que el TDAH presenta un claro predominio masculino, ya que el 71,9% de los integrantes de la muestra diagnosticados de TDAH fueron hombres. Estos datos concuerdan con los obtenidos en estudios disponibles en la literatura científica. Parte de estas diferencias se pueden explicar por una diferencia en la presentación de la enfermedad en hombres y mujeres: en los hombres predomina el TDAH de presentación mixta, mientras que en las mujeres es más frecuente la presentación inatenta. Dado que los síntomas hiperactivos e impulsivos son lo que conllevan una mayor disrupción del ambiente familiar y escolar del niño, hay una mayor identificación de la patología (35).

Por otro lado, también se estudian las diferencias biológicas que conducen a la diferencia de prevalencia de los trastornos del desarrollo entre los dos géneros. Si bien no hay una teoría aceptada por completo, existe una posible relación con la influencia de los cromosomas X (protector en mujeres) e Y (predisponente en hombres) y con la exposición a testosterona de forma prenatal y a lo largo del desarrollo (36).

También aparece un aumento importante de los trastornos del afecto y de los trastornos neuróticos: en los primeros encontramos un incremento del 4,4% frente al periodo previo, mientras que en los segundos este crecimiento alcanza el 6,3%. Estos trastornos presentan, al contrario que el TDAH un predominio femenino evidente: un 75% de los pacientes diagnosticados con un trastorno afectivo son mujeres, al igual que un 59,5% de los diagnosticados con un trastorno neurótico. En los trastornos afectivos, donde la diferencia de prevalencias de hombres y mujeres está bien descrita, estudios disponibles en la literatura científica parecen apuntar a la influencia del rol de género y a la acción de las hormonas como predisponentes a la alta incidencia en mujeres (37). De igual forma, existe una relación del género femenino y los trastornos ansiosos; las fluctuaciones hormonales propias del ciclo menstrual femenino parecen tener una relación con la mayor prevalencia de trastornos neuróticos en las mujeres, si bien también parece que el rol de género y las diferencias en las estrategias de afrontación pueden tener relación con esta mayor frecuencia de aparición (38).

Sin embargo, no podemos hablar de trastornos neuróticos y afectivos sin hacer una alusión a la situación de emergencia sanitaria provocada por el SARS-CoV-2. La población muestral que conforma el grupo 2013-2021 está formada por pacientes que consultaron entre enero de 2020 y enero de 2021. La declaración del estado de alarma, con la consecuente cuarentena y el obligado aislamiento comunitario, puede haber motivado un aumento de las consultas motivadas por trastornos neuróticos y afectivos; el aislamiento social y la pérdida del contacto con amigos y familiares se relaciona con un aumento de la sintomatología depresiva, mientras que el miedo al contagio y la incertidumbre están en relación con un incremento de la sintomatología ansiosa (39).

En lo que refiere a los pacientes que acuden a la consulta y después de ser evaluados no presentan ningún diagnóstico psiquiátrico, existe una disminución muy importante respecto al periodo previo, dado que los pacientes sin patología han pasado de suponer un 14,4% antes de 2012 a suponer tan solo el 1,2% en el periodo actual. De igual forma, los pacientes diagnosticados con un código Z también se han reducido de forma sustancial; antes de 2012 suponían el 14,6%, pero actualmente representan el 3,5%.

Al igual que ocurría con los trastornos afectivos, existe la posibilidad de que la compleja situación epidemiológica provocada por el COVID-19 haya influido en estos resultados y haya jugado un papel en esta disminución. La crisis sanitaria hizo necesarios cambios importantes en la actividad asistencial llevada a cabo en los centros sanitarios, que se vieron obligados a abogar por las consultas telefónicas y disminuir la asistencia de los pacientes a las consultas para reducir al mínimo los contactos sociales de la población. En este contexto, es posible que haya existido una cierta reticencia por parte de los padres y de los pediatras de Atención Primaria de solicitar una primera consulta en la unidad en casos en los que no se encontraba una alta evidencia de la existencia de patología de carácter psiquiátrico.

En lo referente al tratamiento, encontramos cambios significativos respecto al periodo previo; se observa un aumento muy importante del número de pacientes que reciben tratamiento farmacológico, ya sea como único tratamiento o en conjunto con psicoterapia. Este cambio ha de ser analizado en conjunto con la distinta distribución de las patologías en ambas poblaciones. En la muestra anterior a 2012, un alto porcentaje de pacientes acudían a la consulta sin presentar una patología psiquiátrica y, por tanto, eran dados de alta sin recibir tratamiento farmacológico de ninguna clase. Lo mismo ocurría con los códigos Z, subsidiarios en su mayor parte de tratamiento exclusivo con psicoterapia. Por otra parte, en la muestra posterior a 2013, encontramos que la patología más prevalente es el TDAH. En el tratamiento de esta patología hay una tendencia clara al tratamiento con metilfenidato y otros estimulantes, de forma que tan sólo un 13,4% de los pacientes diagnosticados de este trastorno reciben exclusivamente tratamiento psicoterapéutico u orientación. En el caso de los trastornos afectivos y afectivos, que también se han visto incrementados, también existe una marcada tendencia al uso de fármacos; el 100% de los pacientes diagnosticados de un trastorno afectivo en la muestra más reciente reciben tratamiento farmacológico acompañando al tratamiento psicoterapéutico, al igual que un 75% de los diagnosticados de un trastorno neurótico.

Es necesario destacar en este punto la posible implicación de la disminución en la frecuencia de las citas en los cambios observados en la modalidad de tratamiento elegida. Aun teniendo en cuenta que el aumento de la demanda estuvo acompañado de un incremento en el número de profesionales que conforman el servicio (en el año 2012 se sumaron a la plantilla un psicólogo y un psiquiatra), la cuantía de este aumento fue tan notable que trajo consigo repercusiones directas en la práctica asistencial. De esta forma, se produjo una disminución del tiempo disponible por paciente y en la frecuencia de las citas. Las consultas son más cortas y menos frecuentes, lo que puede dificultar el vínculo terapéutico y obstaculizar la correcta implementación de un tratamiento basado en una intervención psicoterapéutica. En este contexto puede ser necesario recurrir al tratamiento psicofarmacológico para lograr un correcto control sintomático, sobre todo en las fases más iniciales del tratamiento, antes de lograr una estabilización clínica, donde la necesidad de consultas frecuentes es mayor. De cara a un estudio posterior, sería interesante estudiar la relación entre la frecuencia de las consultas y la modalidad de tratamiento elegida.

En lo referente a la evolución, si bien de los resultados de este trabajo se podría interpretar que ha habido una disminución de los abandonos, hay que tener en cuenta estos datos no parecen reflejar la realidad que los profesionales de la Unidad observan en la práctica clínica diaria. A la hora de llevar a cabo el análisis de esta variable, al igual que ocurre con las variables referentes a las cifras de altas, abandonos y derivaciones, hay que tener en cuenta que el periodo de seguimiento de este estudio ha sido muy breve y, por tanto, no se pueden evaluar de forma correcta. Estos datos serán analizados en profundidad en un estudio posterior que se llevará a cabo en la Unidad y contará con un periodo de seguimiento más largo y una población muestral más amplia.

Por otro lado, en el estudio de esta misma variable aparece otra dificultad añadida a la anterior. Como ya se ha mencionado, los pacientes incluidos en el estudio son pacientes que consultaron en la unidad entre enero de 2020 y enero de 2021; sin embargo, se aceptaron en el estudio todos aquellos pacientes que fueron derivados a la unidad por primera vez a partir de 2013 y consultaron en el periodo del estudio. De esta forma, dado que los pacientes han sido captados al final del tiempo de seguimiento y se tuvieron en cuenta los abandonos, altas y retornos de estos antes y después al inicio del estudio, no es posible evaluar las cifras absolutas de abandonos, altas, derivaciones y retornos, puesto que los pacientes que no continuaban en seguimiento en 2020 no han sido incluidos. Así, si bien los datos parecen apuntar a un aumento de los retornos y a una disminución de las altas, estos datos deberán ser corroborados en estudios posteriores.

Se observa un aumento en el número de sesiones consumidas por los pacientes antes de ser dados de alta, abandonar o ser derivados; disminuyeron los pacientes que requirieron menos de cinco sesiones y aumentaron los pacientes que necesitaron más de 37 sesiones. Estos cambios están en posible relación con los cambios en los diagnósticos y los tratamientos; al disminuir los pacientes sin patología y aumentar los que necesitan tratamiento farmacológico o psicoterapéutico aumentan las sesiones consumidas por los pacientes.

5. CONCLUSIONES.

- En la Unidad de Salud Mental de la infancia y la adolescencia de Santiago de Compostela el paciente estándar continúa siendo, al igual que en el periodo 2000-2012, un hombre en edad infantil que proviene del medio rural. En lo referente a sus familias, como ocurre en el resto de la población española, disminuyen las familias nucleares y aumenta el nivel de estudios de los progenitores.

- Se ha producido un cambio en las características clínicas de los pacientes de la unidad. Aumentan el TDAH y los trastornos afectivos y neuróticos, mientras que disminuyen de forma notable los pacientes diagnosticados con un código Z y los que no presentan patología psiquiátrica.
- El TDAH y los TEA son más frecuentes en hombres y en la edad escolar, mientras que los trastornos neuróticos y afectivos son más frecuentes en mujeres y en la adolescencia.
- Es frecuente la aparición de dos o más patologías psiquiátricas en el mismo paciente. Existe una alta comorbilidad entre el TDAH.
- Es posible que la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 haya reducido las consultas de los individuos sin patología psiquiátrica clara, que no acudirían al centro hospitalario. Por otro lado, también ha traído consigo situaciones de aislamiento e incertidumbre que pueden afectar a los niños y adolescentes y aumentar el número de trastornos neuróticos y afectivos.
- Se ha producido un aumento muy importante de los pacientes que reciben tratamiento farmacológico. La mayoría de los pacientes diagnosticados de TDAH, trastornos afectivos y los trastornos neuróticos reciben tratamiento farmacológico, con o sin psicoterapia asociada.
- Ha habido un aumento del número de sesiones consumidas por los pacientes antes de un alta o derivación. Aumentan las derivaciones a adultos, dado que hay una mayor edad media de consulta.
- Es necesario estudiar de forma más exhaustiva los abandonos y su relación con la disminución de la frecuencia de las citas. También se debe estudiar la relación de la frecuencia de las consultas con las diferentes modalidades de tratamiento.

6. CONFLICTOS DE INTERÉS.

La autora no refiere ningún conflicto de interés.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6:168–76
2. Gallego Iborra A, García Aguado J, Pallás Alonso CR, Rando Diego A, San Miguel Muñoz MJ, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, et al. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 1). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22:195-206.
3. Espín Jaime JC, Belloso Roperro JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría*. 2009;9(2):329–54.
4. Orden 20/11/1989 por la que se reorganizan los Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil. *Diario Oficial de Galicia*, número 232 (4 de diciembre de 1989).
5. González López C, Barrera Escudero M, Cano Montes IM, Díaz Pérez I. Análisis de las diferencias en la atención a la salud mental del niño y adolescente en España a través de los Planes Estratégicos de Salud Mental Autonómicos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2019 Mar;36
6. Plan de Saúde Mental de Galicia postcovid-19. Periodo 2020-2024. Consellería de Sanidade. 2020.
7. Agüero-Juan A, Agüero-Ramón-Llin C. La situación actual de la Psiquiatría Infantil en España. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2006;23(1, 3 y 4):4-11.
8. Varela Reboiras L, Mondragón Vicente R, Ramos Viúdez I, Ramos García I, Domínguez Santos M. Características de la demanda asistencial en la unidad de salud mental de la infancia y la adolescencia del área sanitaria de Santiago: análisis evolutivo. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*. 2017 Sep;34(3).
9. Márquez-Caraveo ME, Arroyo-García E, Granados-Rojas A, Ángeles-Llerenas A. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescentes en México. *Salud Publica Mex*. 2017 Jul 19;59(4).
10. Atladottir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H, et al. The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Feb 6;24(2).
11. Boyle CA, Boulet S, Schieve LA, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, et al. Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008. *Pediatrics*. 2011 Jun 1;127(6).
12. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*. 1999;106(3).

13. Schiele MA, Domschke K. Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes, Brain Behav.* 2018 Mar;17(3).
14. Siu MT, Weksberg R. Epigenetics of Autism Spectrum Disorder. In 2017.
15. Vanaken G-J, Danckaerts M. Impact of Green Space Exposure on Children's and Adolescents' Mental Health: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Nov 27;15(12).
16. Khan A, Plana-Ripoll O, Antonsen S, Brandt J, Geels C, Landecker H, et al. Environmental pollution is associated with increased risk of psychiatric disorders in the US and Denmark. *PLOS Biol.* 2019 Aug 20;17(8).
17. Simmons JG, Schwartz OS, Bray K, Deane C, Pozzi E, Richmond S, et al. Study protocol: families and childhood transitions study (FACTS) – a longitudinal investigation of the role of the family environment in brain development and risk for mental health disorders in community based children. *BMC Pediatr.* 2017 Dec 30;17(1).
18. Eun JD, Paksarian D, He J-P, Merikangas KR. Parenting style and mental disorders in a nationally representative sample of US adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018 Jan 6;53(1).
19. Reiss F, Meyrose A-K, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. *PLoS One.* 2019 Mar 13;14(3).
20. Ruiz-Pérez I, Bermúdez-Tamayo C, Rodríguez-Barranco M. Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis. *Int J Equity Health.* 2017 Dec 6;16(1).
21. Leonard H, Dixon G, Whitehouse AJO, Bourke J, Aiberti K, Nassar N, et al. Unpacking the complex nature of the autism epidemic. *Res Autism Spectr Disord.* 2010 Oct;4(4).
22. O.M.S. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciónes Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
23. Domínguez Santos MD, Gómez Gracia A, Mazaira Castro JA. Análisis de la demanda en población infanto-juvenil en Galicia. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1994; 3: 177-186.
24. Domínguez Santos MD, López P, Gómez A. Demanda de Salud Mental de los Adolescentes en una Unidad especializada durante un período de veinte años. *Siso/Salde* 1997; 29: 24-37.
25. Espín Jaime JC, Belloso Roperro JJ. Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2009;29(2):329–54.
26. Ricardo-Ramírez C, Álvarez-Gómez M, Rodríguez-Gázquez M de los Á. Características sociodemográficas y trastornos mentales en niños y adolescentes de consulta externa psiquiátrica infantil de una clínica de Medellín. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2015 Apr;44(2).

27. Navarro-Pardo E, Moral JCM, Galán AS, Beitia MDS. Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 2012;24(3):377–83.
28. Montiel-Nava C, Montiel-Barbero I, Peña JA. Clima familiar en el trastorno por déficit de atención- hiperactividad. *Psicol Conductual*. 2005;13(2):297–310.
29. Pupo-gonzález L, Nogueras-reyes Y, Prada-justel ME De, Labrada-pupo D. Salud mental infanto juvenil, características de una problemática actual. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta*. 2018;43(6).
30. Domínguez MD, López P, Vázquez M. Códigos V en la adolescencia: características generales y consumo de servicios especializados. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* 1997; 2: 82-91.
31. Informe Evolución de la Familia en España 2019. Instituto de política familiar. 2019.
32. Panorama de la educación. Indicadores de la OCDE. Ministerio de Educación y Formación Profesional. 2019.
33. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Alvarez J, del Rio Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, et al. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en Atención Primaria. *An Pediatría*. 2018 Sep;89(3).
34. Rico-Moreno J, Tárraga-Mínguez R. Comorbilidad de TEA y TDAH: revisión sistemática de los avances en investigación. *An Psicol*. 2016 Jul 28;32(3).
35. Medici D, Morales Suárez-Varela M, Codoñer-Franch P. Género y diagnóstico en el niño con trastorno por déficit de atención-hiperactividad en un hospital público de España. *Rev Mex Neurocienc*. 2019;20(1):36–41.
36. Baron-Cohen S, Lombardo M V., Auyeung B, Ashwin E, Chakrabarti B, Knickmeyer R. Why Are Autism Spectrum Conditions More Prevalent in Males? *PLoS Biol*. 2011 Jun 14;9(6).
37. Ruíz Cárdenas CT, Jiménez Flores J, García Méndez M, Flores Herrera LM, Trejo Márquez HD. Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo. *Rev Digit Int Psicol y Cienc Soc*. 2020 Jan;6(1).
38. Panayiotou G, Karekla M, Leonidou C. Coping through avoidance may explain gender disparities in anxiety. *J Context Behav Sci*. 2017 Apr;6(2).
39. Paricio del Castillo R, Pando Velasco MF. Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juvenil*. 2020 Jun 30;37(2).