

Tema 2

Nosología y epidemiología de los trastornos mentales de inicio en la niñez y en la adolescencia temprana

Introducción

La organización mundial de la salud (OMS) estima que aproximadamente 1 de cada 5 niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales, casi la mitad de los cuales debuta antes de los 14 años. De hecho, este tipo de trastornos figura entre las principales causas de discapacidad en población joven (<https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>).

Estas cifras, que luego completaremos con datos epidemiológicos más precisos, dan una idea de la magnitud del problema y plantean preguntas del tipo ¿Existe continuidad sindrómica entre la patología del niño y la del adulto? ¿Es la primera un pródromo de la segunda? ¿Puede rastrearse la patología del adulto hasta síntomas presentes en la infancia? ¿La ausencia de síntomas en esa edad de la vida es predictor de la ausencia de patología psiquiátrica en la vida adulta? Una forma de abordar estas cuestiones es a través de la psicopatología del desarrollo.

Psicopatología del desarrollo

Sin lugar a duda, la *psicopatología del desarrollo* (Cicchetti, 2006) es uno de los enfoques integradores que ha permitido mayores avances en la investigación de la psicopatología de las últimas décadas. Se trata de una disciplina científica en desarrollo que se centra en la evaluación integral de los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales con el fin de determinar cómo la interacción entre estos múltiples niveles de análisis puede influir en las

diferencias individuales, la continuidad o discontinuidad de los patrones de comportamiento adaptativos o inadaptados, y las vías por las cuales se puede llegar a un desarrollo normal o patológico a lo largo del ciclo de la vida.

El concepto de desarrollo implica dos componentes esenciales: la noción de un sistema que posee una estructura y un conjunto definidos de capacidades preexistentes; y la noción de una serie secuencial de cambios en dicho sistema que produce incrementos relativamente permanentes pero novedosos tanto en su estructura como en sus modos de funcionamiento.

Todo ello tiene mucho en común con la idea de la epigénesis, desarrollada por Gottlieb: El desarrollo individual se caracteriza por un aumento de la complejidad de la organización (es decir, el surgimiento de nuevas propiedades estructurales y funcionales y competencias) en todos los niveles de análisis (molecular, subcelular, celular, organismo) como consecuencia de las acciones conjuntas horizontales y verticales entre las partes de los organismos, incluidas las acciones conjuntas organismo-medio ambiente. Las co-acciones horizontales son aquellas que se producen al mismo nivel (gen-gen, organismo-organismo), mientras que las co-acciones verticales se producen a diferentes niveles (tejido-celular, sistema nervioso-conducta) y son recíprocas, lo que significa que pueden influir entre sí en cualquier dirección, de niveles más bajos a más altos o de niveles más altos a bajos del sistema en desarrollo. Así pues, el desarrollo no acontece como una serie de adiciones lineales. Más bien se caracteriza por la reorganización tanto de elementos viejos como nuevos. Reorganizados de este modo, se transforman hasta los elementos previamente existentes. Un "mismo" comportamiento puede tener un significado totalmente diferente con el desarrollo, como si se tratara de significados diferentes en contextos distintos.

El proceso de progresión de la enfermedad tendría mucho en común con el desarrollo:

- Estaría "programado" por la naturaleza de la transformación del organismo que comienza el proceso y, en general, seguiría un curso relativamente regular, aunque con amplias variaciones en su tasa de presentación.

- Existiría una integración jerárquica a medida que se desarrollasen las enfermedades: cada etapa en la progresión de una enfermedad determinada se basaría en las etapas anteriores, y muchas de las manifestaciones de etapas anteriores se "integrarían" en la sintomatología posterior.

De acuerdo con estos planteamientos, los trastornos psiquiátricos no serían el resultado exclusivo de factores ambientales ni de factores biológicos. Más bien serían el resultado del desarrollo progresivo del cerebro de un organismo dado conforme se despliega dentro de los límites de su mapa genético y de las circunstancias ambientales particulares y del contexto de su historia particular.

En este contexto, la psicopatología del desarrollo estudia el proceso ontogénico de cómo los patrones tempranos de adaptación evolucionan hacia patrones de adaptación posteriores. El objetivo sería comprender el origen y el curso del comportamiento alterado, tanto si este surge en la infancia temprana como si surge en la edad adulta. Así pues, la comprensión de los procesos que subyacen tanto a la continuidad como al cambio en los patrones de adaptación permitiría dar respuestas a preguntas del tipo cómo la adaptación previa hace vulnerable o protege al individuo frente a ciertos tipos de estrés, cómo los diferentes patrones de adaptación, en periodos de desarrollo diferentes, interactúan con un ambiente externo (o interno) cambiante para dar lugar a la adaptación subsiguiente, qué mecanismos dan lugar a ciertos patrones de adaptación que son relativamente inmunes al cambio mientras otros cambian con más facilidad, y cómo cambian estos mecanismos con el desarrollo.

En la práctica, esto implica la comprensión y la valoración de las transformaciones y reorganizaciones del desarrollo que se producen a lo largo del tiempo; el análisis de los factores de riesgo y de protección así como de los mecanismos que operan dentro y fuera del individuo y de su entorno a lo largo del desarrollo; la investigación de cómo las funciones

emergentes, las competencias y las tareas de desarrollo modifican la expresión de un trastorno o conducen a nuevos síntomas y dificultades; y el reconocimiento de que un determinado factor de estrés o conjunto de circunstancias estresantes puede evolucionar hacia dificultades biológicas y psicológicas diferentes, dependiendo de en qué momento del desarrollo tenga lugar el estrés.

Los psicopatólogos del desarrollo no defienden ni se adhieren a una teoría particular que pudiera explicar todos los fenómenos del desarrollo. Buscan, en cambio, integrar el conocimiento obtenido en disciplinas científicas diferentes a través de niveles de análisis múltiples, dentro de y entre diversas áreas de desarrollo.

Algunos de los principios conceptuales que definen la psicopatología del desarrollo son:

- La búsqueda y determinación de los factores de riesgo y de protección (resiliencia).
- La influencia del contexto. Los procesos de desarrollo se conceptualizan como la interacción continua entre un individuo activo, cambiante, y un contexto dinámico en continuo desarrollo. Como consecuencia, la falta de adaptación y la psicopatología se consideran productos de la transacción entre las características internas de un individuo, su historia de adaptación y el contexto actual. Más aún, ahora sabemos que los contextos sociales ejercen efectos no sólo sobre los procesos psicológicos, sino también sobre las estructuras, las funciones y los procesos biológicos. Así pues, ningún comportamiento o patrón de adaptación puede verse como patológico excepto en contextos particulares. Además, la edad cronológica y la etapa de desarrollo o el nivel de organización biológica y psicológica son características importantes que definen del contexto.
- Unido a ello estarían dos conceptos más. El de *holismo* y el de *direccionalidad*. Conforme al primero de ellos, el significado de un comportamiento solo puede determinarse dentro del contexto psicológico global. Así, dos comportamientos

“manifiestamente similares” pueden tener significados (psicológicos o de otro tipo) bastante diferentes, mientras que comportamientos bastante dispares pueden ser equivalentes en contextos diferentes. Un paralelismo biológico sería el ala de un pájaro: equivale a la mano del humano, pero cumple una función similar al ala de un insecto.

- En cuanto al concepto de *direccionalidad*, lo que plantea es que las personas reaccionan al aporte ambiental no solo de forma pasiva, sino también activamente: incluso desde el inicio, hay sesgos y umbrales individuales que hacen que una estimulación sea más propensa a obtener respuesta que otra de modo que, con el paso del tiempo, el individuo modela cada vez más el ambiente en el que se desarrolla. El ejemplo lo tenemos en los estímulos que son seleccionados y reforzados en la interacción cuidador – bebé, a partir de las características de personalidad del primero y del temperamento del segundo. Conforme a este modelo, la experiencia posterior no resultaría de la influencia aleatoria del ambiente sobre el individuo, puesto que las personas, selectivamente, perciben, responden a y crean experiencias basadas en todo aquello que ha sucedido previamente.
- El interjuego mutuo entre normalidad y psicopatología.
- Las trayectorias del desarrollo. Antes de que debute un trastorno mental, algunas trayectorias de desarrollo implican fallos adaptativos que hacen presagiar, con cierta probabilidad, la aparición de patología futura. Así, se postula que cualquier individuo recibe aportes múltiples que dan lugar a resultados tanto adaptativos como desadaptativos; que tales factores y sus aportes relativos varían entre individuos; y que existe una miríada de trayectorias para cualquier manifestación concreta de un comportamiento adaptativo o trastornado (equifinalidad).

Además, se piensa que existe heterogeneidad entre los individuos que desarrollan un trastorno específico en cuanto al cuadro clínico se refiere, así como entre individuos que muestran una inadaptación pero que no desarrollan un trastorno (multifinalidad).

Nosología

No vamos a entrar en este apartado en la discusión acerca de los sistemas clasificatorios que ya se ha explicado en la asignatura de Psiquiatría. Nos limitaremos a recordar cómo la OMS, en su intento por aplicar un criterio evolutivo a la descripción de la patología psiquiátrica, redacta la CIE-11 –accesible en <https://icd.who.int/browse11/l-m/es->, con la intención explícita de confluir con los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014, pp. 11-12). Como resultado de ello, la clasificación de la patología específica del niño y del adolescente queda encuadrada dentro de los Trastornos del neurodesarrollo (6A0), que se dividen en los siguientes epígrafes:

- 6A00 Trastornos del desarrollo intelectual
- 6A01 Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje
- 6A02 Trastorno del espectro autista
- 6A03 Trastorno del desarrollo del aprendizaje
- 6A04 Trastorno del desarrollo de la coordinación motora
- 6A05 Trastorno por hiperactividad y déficit de la atención
- 6A06 Trastorno por movimientos estereotipados
- 6A0Y Otros trastornos especificados del neurodesarrollo
- 6A0Z Trastornos del neurodesarrollo, sin especificación

El resto de los cuadros quedan englobados dentro de los respectivos trastornos del adulto, con una confluencia de criterios diagnósticos, debiéndose indicar que su inicio es en la infancia o en la adolescencia. De este modo desaparece, por ejemplo, la posibilidad de

diagnosticar cuadros psicóticos en la infancia tardía, pródromos de cuadros posiblemente más graves que luego aparecerán en el adulto.

Desde una perspectiva diferente, es interesante la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente. En su última revisión (Misès, 2012), dicha clasificación plantea 5 categorías diagnósticas principales junto con otras 5 categorías diagnósticas secundarias. A la hora de establecer la clasificación de cualquier problemas o trastorno, hay que subsumir estas últimas a cualquiera de las primeras.

EJE I: CATEGORÍAS CLÍNICAS DE BASE

1. Trastornos invasivos del desarrollo (TID), esquizofrenias, trastornos psicóticos de la infancia y la adolescencia
2. Trastornos neuróticos
3. Patologías límite
4. Trastornos reactivos
0. Variaciones de la normalidad
5. Deficiencias mentales (retardos, debilidades mentales, demencias)
6. Trastornos del desarrollo y de las funciones instrumentales
7. Trastornos de la conducta y del comportamiento
8. Trastornos de expresión somática
9. Manifestaciones y síntomas de tipo ansioso, fóbico, compulsivo, conversivo

Por ejemplo, un niño diagnosticado de TDA/H subtipo inatento recibiría los códigos diagnósticos de 3.8 Otras patologías límite y 6.13 Trastornos de la atención sin hiperquinesia mientras que el subtipo impulsivo se codificaría como 3.3 Patología límite con preponderancia comportamental y 7.08 Otros trastornos hiperquinéticos.

En cualquier caso, los sistemas de diagnóstico actuales no describen con exactitud a muchos pacientes del mundo “real” y, a su vez, es habitual que muchos pacientes del mundo

“real” presenten agrupaciones de síntomas que son susceptibles de ser clasificados bajo diversas categorías diagnósticas sin llegar a encajar completamente en ninguna de ellas. En muchas ocasiones se trata de personas que pueden presentar un deterioro importante y evidente en su funcionamiento, que indicaría la necesidad de recibir algún tipo de atención, pero los sistemas clasificatorios, de alguna manera, los excluyen (Angold, Jane Costello, Farmer, Burns, & Erkanli, 1999). Ello suscita la cuestión de si se valora el contexto interactivo en el que tiene lugar el síntoma o la conducta, así como de si se trata de los esfuerzos del individuo para adaptarse a la situación, como veíamos en el apartado anterior.

Epidemiología

Una primera aproximación a la epidemiología de los trastornos mentales del niño y del adolescente nos la proporciona la figura 1, extraída de un estudio de la Organización Mundial de la Salud (*Child and adolescent mental health policies and plans (Mental health policy and service guidance package)*, 2005), donde la presentación de diferentes trastornos se estratifica por edades: los trastornos del apego, los trastornos generalizados del desarrollo y los trastornos de conducta son propios de la primera infancia; en la edad de latencia predominan estos últimos y comienza el debut de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad; y en la adolescencia tienen su aparición el abuso de sustancias y el inicio de las psicosis propias del adulto.

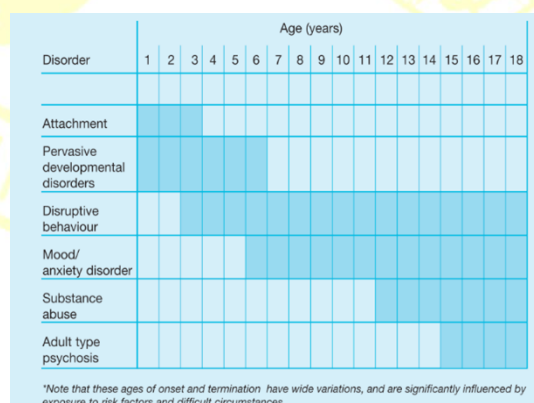


Figura 1. Rangos de edad típicos de presentación de determinados trastornos
 Fuente: (*Child and adolescent mental health policies and plans (Mental health policy and service guidance package)*, 2005).

Sirva como comparación una descripción de las primeras consultas realizadas en el Servicio de Salud Mental de Aranjuez (Área 11 de la Comunidad de Madrid) durante el año 2004. La muestra clínica consta de 314 pacientes nuevos de edades comprendidas entre los 0 y los 18 años (Espín Jaime & Belloso Roper, 2009). Los datos coinciden, en general, con estudios similares en otros países de nuestro entorno (tablas 1 y 2).

Tabla 1. Distribución por número de consultas y grupos de edad
Fuente: Espín Jaime y Belloso Romero (2009)

Edad	N	Porcentaje
Primera infancia (0 – 6 años)	81	25,80%
Latencia (7 – 12 años)	151	48,09%
Adolescencia (13 – 18 años)	82	26,11%
Total	314	100,00%

En cuanto a la distribución de consultas por sexo, la tabla 2 y la figura 2 recogen los datos agregados, así como repartidos por grupos de edad

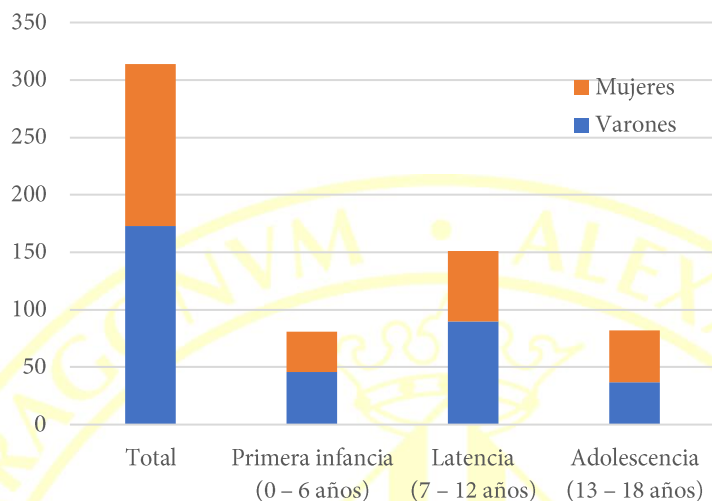
Tabla 2. Distribución de primeras visitas por grupos de edad y sexo.
Fuente: Espín Jaime y Belloso Romero (2009)

Edad	Varones		Mujeres	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Primera infancia (0 – 6 años)	46	14,65 %	35	11,15 %
Latencia (7 – 12 años)	90	28,66 %	61	19,43 %
Adolescencia (13 – 18 años)	37	11,78 %	45	14,33 %
Total	173	55,09%	141	44,91%

Es interesante destacar el hecho, de sobras conocido, de la diferente distribución de la psicopatología entre niños y niñas y entre diferentes edades, y cómo estas tasas se invierten con el paso del tiempo.

Figura 2. Distribución de primeras visitas por grupos de edad y sexo.

Fuente: Espín Jaime y Beloso Romero (2009)



Las tablas 3 a 5 muestran la distribución de los diagnósticos de primera visita por grupos de edad.

Tabla 3. Distribución por diagnósticos de primera visita de pacientes 0 – 6 años.

Diagnósticos	Porcentaje
Perturbaciones emocionales propias de la niñez y la adolescencia	23,46 %
Sin especificar	16,04 %
Reacción de adaptación	11,11 %
Síndrome hiperactivo	8,64 %
Problema de control de esfínteres	8,64 %
Problemas de alimentación	7,40 %
Ausencia de patología	7,40 %
Trastornos del sueño	6,17 %
Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte	3,70 %
Reacción aguda ante gran tensión	2,47 %
Psicosis peculiares de la niñez	1,23 %
Retardo selectivo del desarrollo	1,23 %
Retraso mental	1,23 %
Trastornos neuróticos	1,23 %
Total	99,95%

Tabla 4. Distribución por diagnósticos de primera visita de pacientes 7 – 12 años.

Diagnósticos	Porcentaje
Reacción de adaptación	26,49 %

Perturbaciones emocionales propias de la niñez y la adolescencia	19,21 %
Sin especificar	14,57 %
Síndrome hiperactivo	13,91 %
Problema de control de esfínteres	7,95 %
Trastornos neuróticos	5,30 %
Ausencia de patología	3,97 %
Trastornos del movimiento	1,32 %
Reacción aguda ante gran tensión	1,32 %
Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte	1,32 %
Retardo selectivo del desarrollo	1,32 %
Trastornos del sueño	1,32 %
Problemas de la alimentación	0,66 %
Retraso mental	0,66 %
Dolor	0,66 %
Total	100,00%

Tabla 5. Distribución por diagnósticos de primera visita de pacientes 13 – 18 años.

Diagnósticos	Porcentaje
Reacción de adaptación	26,83 %
Perturbaciones emocionales propias de la niñez y la adolescencia	12,20 %
Sin especificar	10,98 %
Perturbación de la conducta no clasificada en otra parte	8,54 %
Problemas de alimentación	7,32 %
Trastornos neuróticos	6,10 %
Síndrome hiperactivo	4,88 %
Ausencia de patología	4,88 %
Trastornos del sueño	3,66 %
Trastornos del movimiento	3,66 %
Alteraciones del comportamiento con origen en factores mentales	2,44 %
Dependencia a drogas	1,22 %
Abuso de drogas	1,22 %
Trastornos depresivos no clasificados en otra parte	1,22 %
Retardo selectivo del desarrollo	1,22 %
Psicosis afectivas	1,22 %
Trastornos de la personalidad	1,22 %
Dependencia al alcohol	1,22 %
Total	100,00%

Para comprender el por qué de esta distribución de la patología resulta de utilidad la tabla 6, que recoge los hitos del desarrollo en función de la edad.

Tabla 6. Principales hitos evolutivos

Fuente (Sroufe & Rutter, 1984, p. 22).

Edad (Años)	Hitos
0-1	Regulación biológica; interacción diádica armónica; formación de una relación de apego eficaz.
1-2½	Exploración, experimentación y dominio del mundo de los objetos (cuidador como base segura); individuación y autonomía; respuesta al control externo de los impulsos.
3-5	Autocontrol flexible; autonomía; iniciativa; identidad y concepto de género; establecimiento de relaciones eficaces con iguales (empatía).
6-12	Comprensión social (equidad, justicia); conciencia de género; amigos del mismo sexo; sentido de la "industria" (competencia); adaptación escolar.
13+	Operaciones formales (perspectiva flexible; pensamiento "como si"); amistades leales (del mismo sexo); inicio de las relaciones heterosexuales; emancipación; identidad.

Así, durante el primer año de vida, los trastornos que aparecen guardarán relación con los procesos de regulación biológica (patrón de sueño, alimentación), con el desarrollo psicomotriz y con el establecimiento del vínculo con el otro que pone en marcha el sistema de apego y el establecimiento de la intersubjetividad.

Durante el segundo año de vida y hasta bien entrada la segunda mitad del tercer año (es decir, los 2½ años), a la patología anterior se añadirá la relacionada con la vida de relación, donde tienen lugar los procesos de separación – individuación. Este periodo de desarrollo es el de la aparición de los trastornos de control de los esfínteres y donde se establece el diagnóstico de los cuadros englobados bajo el epígrafe de trastorno del espectro autista (TEA), lo que las clasificaciones diagnósticas anteriores denominaban trastornos generalizados del desarrollo y que otros autores engloban bajo el término de disarmonías psicóticas y disarmonías evolutivas.

Durante el periodo de la educación infantil, es decir, cuando se cumplen los 3 años de vida hasta llegar al final de los 5 años, suceden toda una serie de cambios en los que el niño logra un mayor autocontrol y autonomía, al tiempo que establece relaciones con los iguales. Es el momento de detección de los trastornos del lenguaje y del mutismo, así como de la

discapacidad intelectual. La identidad y el concepto de género se establecen en esta etapa. La patología propia de esta franja consistirá, principalmente, en problemas de conducta que se configurarán de una manera más específica en la siguiente fase.

La edad de latencia, entre los 6 y los 12 años, aproximadamente, abarca toda la etapa de escolarización primaria. El cambio cualitativo que ha tenido lugar permite al niño contener sus impulsos y posponerlos, lo que le deja una gran parte de su capacidad disponible para el aprendizaje. Continuarán en esta etapa de la vida la detección de los problemas relacionados con el mismo y la aparición de las fobias escolares. Otro de los logros es el desarrollo de la conciencia moral y de mecanismos autónomos de regulación de la autoestima. Los fracasos en esta área darán lugar a los diagnósticos de trastorno por déficit de atención / hiperactividad (TDA/H), trastorno de conducta oposicionista – desafiante (TCD) y las patologías límites del niño. Es el momento de aparición de los síntomas afectivos y obsesivos.

Los cambios y reorganizaciones que tiene lugar en la adolescencia explicarán la persistencia de los cuadros de ansiedad y del estado de ánimo iniciados en etapas previas, la intensificación de los trastornos de conducta, el debut de las psicosis del adulto y de los trastornos de alimentación y la patología derivada del consumo de sustancias.

Los estudios longitudinales han mostrado que muchas formas de psicopatología persisten a lo largo de la infancia hasta llegar a la edad adulta, pero también que, en muchos casos, la psicopatología a menudo no es estable: es decir, muchos niños con cuadros aparentemente graves pueden dejar de cumplir tales criterios en una edad tardía al igual que, presumiblemente, los niños sanos pueden desarrollar problemas significativos de salud mental en edades posteriores. Estos estudios son importantes en la medida en que nos ponen en alerta acerca de dos cuestiones: 1) tales cuadros pueden tener un impacto severo y prolongado muchos años más tarde y, por lo tanto, deben ser tenidos en cuenta, es decir, no son "sólo una etapa"; y 2) los diagnósticos iniciales de al menos algunas formas de trastorno

mental o psicopatología en niños y adolescentes deben ser vistos con cautela, en la medida en que los niños, sus cerebros y sus entornos extensos puedan cambiar, de modo que no se vea hipotecada la posibilidad de una mejora y tal vez, incluso, una "cura" (Cicchetti & Coheh, 2006, pp. 24-5). De ahí la importancia de la detección y atención precoz de estos cuadros.

Un último comentario acerca de la continuidad de la patología entre el niño y el adulto. Algunos estudios epidemiológicos muestran que existe una continuidad entre ciertos problemas de conducta y de ansiedad en los niños que predice la aparición de problemas psiquiátricos en un periodo de hasta 24 años. Sin embargo, el grado y la forma de continuidad de tales problemas parece variar a lo largo del desarrollo. Estos hallazgos sustentan la idea de que la psicopatología debe estudiarse a través de la perspectiva del desarrollo (Reef et al., 2010).

TABLE 1 Logistic Regression Analyses Yielding Associations Between Deviant Child Behavior Checklist (CBCL) DSM Scale Scores at Baseline and DSM-IV Diagnoses at Follow-Up^a

CBCL DSM scale at baseline in 1983	Baseline <i>n</i>	DSM-IV Diagnoses at Follow-Up ^a				
		Anxiety disorders <i>n</i> = 183 OR (95% CI)	Mood disorders <i>n</i> = 36 OR (95% CI)	Substance use disorders <i>n</i> = 120 OR (95% CI)	Disruptive disorders <i>n</i> = 121 OR (95% CI)	Any disorder <i>n</i> = 356 OR (95% CI)
Affective problems	180	1.1 (0.7–1.7)	1.9 (0.8–4.2)	0.8 (0.4–1.4)	0.9 (0.5–1.6)	1.0 (0.7–1.4)
Anxiety problems	149	1.6 (1.0–2.5)*	1.8 (0.8–4.3)	1.3 (0.7–2.2)	1.3 (0.8–2.4)	1.5 (1.0–2.1)*
Somatic problems	183	0.7 (0.5–1.2)	1.7 (0.8–3.8)	0.8 (0.5–1.5)	1.1 (0.7–2.0)	1.0 (0.7–1.4)
Attention-deficit/hyperactivity problems	156	0.7 (0.4–1.2)	0.8 (0.3–2.4)	0.7 (0.3–1.3)	0.9 (0.5–1.6)	0.8 (0.5–1.2)
Oppositional defiant problems	201	0.9 (0.6–1.5)	2.3 (1.1–4.8)*	1.4 (0.8–2.3)	1.1 (0.7–1.9)	1.2 (0.9–1.7)
Conduct problems	160	1.1 (0.7–1.8)	2.3 (1.0–5.2)*	1.3 (0.8–2.3)	2.1 (1.3–3.4)*	1.7 (1.1–2.4)*

Note: Odds ratios (OR) are derived from univariate logistic regression analyses, adjusted for sex, age, and socioeconomic status.; CI = confidence interval.
^aParticipants scores reflect 24-year follow up in 2007 subsequent to baseline scores in 1983.
 **p* < .05.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*. (Asociación Americana de Psiquiatría, Ed.), Médica Panamericana (5ª). Arlington: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/0B6-ryBrlW-AXekNmMjBGRHRtaGM/view>
- Angold, A., Jane Costello, E., Farmer, E. M. Z., Burns, B., & Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 129-137. <https://doi.org/10.1097/00004583-199902000-00011>
- Child and adolescent mental health policies and plans (Mental health policy and service guidance package)*. (2005). World Health Organization. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/entity/mental_health/policy/services/9_child_ado_WEB_07.pdf
- Cicchetti, D. (2006). Development and Psychopathology. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 1-23). New Jersey: John Wiley & Sons. Recuperado de <http://journals.cambridge.org/production/action/cjoGetFulltext?fulltextid=2429624>
- Cicchetti, D., & Coheh, D. J. (Eds.). (2006). *Developmental Psychopathology. Volume One: Theory and Method* (2nd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Espín Jaime, J. C., & Belloso Roperero, J. J. (2009). Estudio descriptivo de los niños y adolescentes nuevos vistos en un servicio de salud mental en el periodo de un año. *A descriptive study of the child and adolescent new cases attended at a mental health service during one year*, XXIX(104), 329-354.
- Misès, R. (Ed.). (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent-R-2012*. Presses de l'EHESP. Recuperado de <http://www.psychiatrie-francaise.com/Data/Documents/files/CFTMEA - R-2012.pdf>
- Reef, J., Meurs, I. Van, Ph, D., Verhulst, F. C., Ende, J. Van Der, & Sc, M. (2010). Children ' s Problems Predict Adults ' DSM-IV Disorders Across 24 Years. *JAAC*, 49(11), 1117-1124. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.002>

Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child development*, 55(1), 17-29. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00271.x>

Swanson, S. A., Sc, M., Avenevoli, S., Ph, D., Cui, L., & Sc, M. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U . S . Adolescents : Results from the Adolescent Supplement (NCS-A). *JAAC*, 49(10), 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>

