

M. R. Mondragón Vicente ¹ * 
L. Varela Reboiras ² 
M. J. Sánchez Mayo ³ 
M. D. Domínguez Santos ⁴ 

1 Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), A Coruña, España.

2 Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), A Coruña, España.

3 Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS), A Coruña, España.

4 Colaboradora externa del Grupo GI-1307. Psiquiatría clínica social y Psicoterapia (4546), Departamento de Psiquiatría, Universidad de Medicina de Santiago de Compostela, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

M^a Rita Mondragón Vicente

Correo: maria.rita.mondragon.vicente@sergas.es

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

Epidemiological study of the Childhood and Adolescent Mental Health Unit of the health area of Santiago de Compostela: evolutionary analysis

RESUMEN

Introducción: El incremento en la demanda asistencial en la Unidad de Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (USMIA) del Hospital Universitario de Santiago de Compostela (CHUS) ha sido una constante. Pero en los últimos años este aumento ha sido mucho más significativo, por lo que en este trabajo presentamos los datos de un estudio evolutivo. **Objetivo:** Analizar la evolución de la demanda y describir las características de los usuarios, respecto de las variables sociodemográficas y clínicas, de una muestra de pacientes de nuestra USMIA, recogida entre los años 2019-2022 y compararla con los resultados de las memorias de la Unidad. **Material y Método:** Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo y de análisis estadístico entre dos períodos de tiempo. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas, de una muestra de 303 pacientes. **Resultados:** Se constata un incremento notable de la demanda, un aumento en el nivel de estudios de los progenitores, disminución de los pacientes que proceden del hábitat rural y disminución de las familias nucleares. A nivel clínico, han aumentado los diagnósticos de

ABSTRACT

Introduction: The increase in demand for care in the Childhood and Adolescent Mental Health Unit (CAMHU) of the University Hospital of Santiago de Compostela (UHSC) has been a constant. But in recent years this increase has been much more significant, which is why in this work we present data from an evolutionary study. **Objective:** Analyze the evolution of demand and describe the characteristics of the users, with respect to sociodemographic and clinical variables, of a sample of patients from our CAMHU, collected between the years 2019-2022 and compare it with the results of the Unit's reports. **Material and Method:** This is a descriptive epidemiological study and statistical analysis between two time periods. Sociodemographic and clinical variables were analyzed from a sample of 303 patients. **Results:** There is a notable increase in demand, an increase in the educational level of parents, a decrease in patients who come from rural areas and a decrease in nuclear families. At a clinical level, diagnoses of attention deficit hyperactivity disorder, neurotic and

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 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 el número de sesiones consumidas. **Conclusiones:** Encontramos un notable incremento de la demanda asistencial en los últimos 3 años. Obtenemos diferencias significativas en el perfil de los pacientes.

Palabras clave: análisis de la demanda, salud mental, infancia y adolescencia, psiquiatría infantil.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la demanda de atención en la USMIA de Santiago de Compostela, se ha incrementado notablemente (1-3).

Varios estudios publicados reflejan esta tendencia creciente en la prevalencia de los trastornos mentales en niños y jóvenes a lo largo del tiempo (4-10). El estudio realizado por Cybulski et al. (8) en Reino Unido en el período 2003-2018 refleja un aumento en el número de jóvenes que buscan ayuda psicológica. Los cambios en los criterios diagnósticos, la reducción del estigma y el aumento de la concienciación pueden explicar en parte sus resultados. Una revisión sistemática realizada en Europa entre los años 2015 y 2020 establece una tasa de prevalencia de los trastornos mentales en Europa del 15,5% entre los niños de 15 a 18 años (10).

Se estima que un 70% de las patologías psiquiátricas presentes en la edad adulta se inicia antes de los 18 años (11) y el 50% lo hace antes de los 14, si bien la mitad de ellos permanece sin diagnosticar y, por tanto, sin tratamiento (6). 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 serán finalmente derivados a unidades específicas (6). Asimismo, algunos estudios estiman que mucha patología mental en menores de 18 años y especialmente los Trastornos del

affective disorders have increased, while patients without psychiatric pathology have decreased. The number of patients receiving pharmacological treatment and the number of sessions consumed have increased. **Conclusions:** We found a notable increase in the demand for care in the last 3 years. We obtain significant differences in the profile of the patients.

Keywords: Analysis of demand, mental health, childhood and adolescence, child psychiatry.

Neurodesarrollo permanecen infradiagnosticados (12-14). Como consecuencia, los niños que no han sido diagnosticados tienen más probabilidades de sufrir problemas emocionales y de conducta, baja autoestima, rendimiento académico inferior al esperado, dificultades en las relaciones sociales, desempleo, conducta delictiva y deterioro funcional (12).

Si antes de la pandemia ya se estimaba que en torno al 10% de los niños y 20% de los adolescentes sufría trastornos mentales, con consecuencias que se pueden prolongar a lo largo de toda su vida (10), en la actualidad, los adolescentes presentan más ansiedad, síntomas depresivos, autolesiones y conductas suicidas. Así lo ha constatado el Grupo de Trabajo Multidisciplinar de la Asociación Española de Pediatría sobre Salud Mental en la Infancia y Adolescencia (13). En una fase posterior a la pandemia se produjo un incremento de hasta un 47% en los trastornos de salud mental de los niños, y hasta un 59% en los comportamientos suicidas, comparando con los datos de 2019. Durante el año 2020, se suicidaron en España 14 chicos/as menores de 15 años, el doble que el año anterior (14).

Estudios originales realizados en España también reflejan este fenómeno. Lombardia y cols., realizaron un estudio comparativo pre-pandemia 2019 y pandemia 2020-22, a partir de los registros de actividad y observaron que la demanda de salud mental de los jóvenes, se había disparado un 30%, destacando el incremento de casos nuevos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los

intentos autolíticos, así como la llegada de primeras visitas desde los servicios de urgencia (9). Otros estudios también confirman que esta demanda global de atención a la salud mental no solo aumentó a nivel ambulatorio sino también en el ámbito hospitalario (15,16).

A la vista está que los trastornos psiquiátricos en la edad infanto-juvenil suponen un reto para el sistema sanitario. En nuestro país es muy reciente la especialidad específica en psiquiatría infanto-juvenil, al contrario de lo que ocurre en el resto de Europa. (17). El Plan de Salud Mental de Galicia poscovid-19 (18) aboga por la prevención a todos los niveles, además de defender la necesidad de aumentar los recursos asistenciales (incremento de los recursos humanos, de la formación de los profesionales y mejora de las infraestructuras), así como de mejorar los protocolos y la coordinación con otros servicios hospitalarios y con Atención Primaria.

Nuestra USMIA forma parte del servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. La formación de la Unidad comenzó a fraguarse en el año 1973 y empezó a funcionar como tal en 1978 (1,2). Está estructurada en tres vertientes: consultas externas, planta de hospitalización y hospital de día de Psiquiatría Infantil. La planta de hospitalización cuenta con 7 camas y hasta el año 2023, se trataba de una unidad de referencia, donde se derivan pacientes desde diferentes partes de la comunidad autónoma. La Unidad de consultas externas está constituida por un equipo multidisciplinar, integrada por 3 psiquiatras, 3 psicólogos, una enfermera especialista en salud mental, una técnica en cuidados de enfermería y una administrativa. 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).

Desde julio de 1990 se pone en marcha el Sistema de Registro de Casos para la información y evaluación del trabajo realizado en salud mental en Galicia y desde entonces el análisis de la evolución de la demanda en nuestra Unidad ha sido una constante (1-3). Hemos pasado de recibir una media de 312 pacientes anuales en el período que va del 2000 al

2012 a recibir una media de 753 en el periodo 2013-2018 (3).

Este trabajo pretende la descripción de los niños y adolescentes nuevos vistos en consultas externas de la USMIA del Área Sanitaria de Santiago de Compostela, durante un período de 3 años (desde junio 2019 a noviembre de 2022), cuantificar la demanda, describir las variables sociodemográficas y clínicas y analizar su evolución realizando una comparación con los datos de los registros del periodo 2013-2018. Nuestra hipótesis de partida es que se ha producido un incremento importante en la demanda asistencial, unido a un cambio en las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de nuestra USMIA.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la evolución de la demanda y describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes nuevos que consultaron durante un período de 3 años (junio de 2019 a noviembre de 2022) en consultas externas de la USMIA del Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Y en un segundo momento ver si existen diferencias en las variables sociodemográficas y clínicas de nuestro estudio respecto de los datos de registro de la Unidad del periodo 2013-2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, unicéntrico realizado entre 2019 y 2022. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Se realizó un análisis estadístico de comparaciones entre las variables recogidas en dos bases de datos (la creada para este estudio y otra perteneciente a estudios previos).

En primer lugar, se realizó una lectura descriptiva de la demanda en este periodo, lo que nos permitió una mayor comprensión de las características a evaluar.

En segundo lugar, para realizar el análisis descriptivo, se creó un Sistema de Registro de Casos para lo cual se accedió a las historias clínicas de los pacientes que acudieron a primeras consultas externa

de nuestra USMIA durante el período de 3 años y se cumplieron los datos correspondientes a las variables sociodemográficas y clínicas.

Por otro lado, utilizamos una base de datos anonimizados del período 2013-18, recogida de las memorias del servicio.

Finalmente se llevó a cabo una comparación entre las dos fuentes de datos. La metodología de captación de pacientes fue similar y sus poblaciones son homogéneas, aunque el tamaño de la “n” es mayor en la base de datos previa.

Para realizar las comparaciones y análisis estadísticos, fusionamos aquellas variables coincidentes y creamos para ello una nueva variable que denominamos “grupo de estudio”. Las variables coincidentes a tener en cuenta en análisis comparativos fueron las siguientes: género, edad, hábitat, diagnósticos, evolución y retención.

Esto nos permitió estudiar la evolución de la demanda en los últimos años, analizando los cambios en el perfil de los pacientes y el nivel de significación estadística de los mismos.

Población objetivo de estudio

Los pacientes objeto de este estudio, son derivados fundamentalmente desde las Unidades de Atención Primaria del distrito y en menor medida, de la Atención Especializada.

La muestra de estudio fue 303 pacientes, extraída de la población de niños y jóvenes de 0 a 16 años, incluidos en Registro de Casos que fueron tratados en la USMIA del CHUS, en el periodo que va desde junio del 2019 a noviembre de 2022.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (19) a 31/1/2019 la población de nuestra Área Sanitaria, menor de 16 años, es de 61.602 habitantes.

Con el fin de poder evaluar altas, abandonos y retornos, se han tomado casos incidentes y prevalentes. El grupo de casos prevalentes que tenemos en cuenta para realizar la comparación está extraído de la base de datos de la unidad del período 2013-2018. La muestra de estudio de este período está conformada por el total de los 4522 pacientes.

Aspectos éticos y legales

Los padres/madres y los hijos/as deben desear participar en el estudio libremente. Se obtuvo el consentimiento informado expreso y por escrito de los padres de los niños y los adolescentes antes de 0 a 16 años y consentimiento del menor entre los 12 y 16 años, antes de participar. Las personas que no firmaron el consentimiento no fueron incluidas en el estudio. Los datos obtenidos fueron anonimizados para poder garantizar la confidencialidad de los participantes.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo (Código de Registro: 2019/211) en junio de 2019.

VARIABLES A ESTUDIO

Variables sociodemográficas: género; edad en la primera consulta, que se agruparán en preescolares (0-5 años), escolares (6-11 años) y adolescentes (12-16); **hábitat**: rural (menos de 2.000 habitantes), semiurbano (entre 2.000 y 10.000 habitantes) o urbano (más de 10.000 habitantes); **formas de convivencia** (familia nuclear, extensa, reconstituida, monoparental, de acogida, adoptiva y menor institucionalizado); **formación escolar de los padres** (estudios primarios, secundarios y universitarios/ciclo superior).

Datos clínicos sanitarios: demanda y origen de la demanda (se contemplará como origen de la demanda, atención primaria, interconsultas y derivación desde el servicio de urgencias); **retención** (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** en 17 grupos, basándonos en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) (20): Trastornos orgánicos; Diagnóstico aplazado; Código X; Código Z; Ausencia de diagnóstico psiquiátrico; Trastornos psicóticos; Trastornos afectivos; Trastornos neuróticos; Trastornos de adaptación; Trastorno de la conducta alimentaria (TCA); Trastornos del desarrollo y

retraso mental; TDAH; Trastornos psicósomáticos; Síntomas; Trastornos de inestabilidad emocional; Trastornos por consumo de sustancias psicotrópicas; Trastornos del comportamiento.

Tratamiento de los datos

En el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa informático SPSS Statistics versión 25. Para establecer comparaciones, se realizó una fusión de ambas bases de datos, en aquellas variables coincidentes.

El nivel de significación estadística fue evaluado con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados $p < 0.05$ se consideran estadísticamente significativos.

Las relaciones entre el diagnóstico asignado y las variables edad y género fueron analizadas mediante tablas de contingencia, previa discretización de la variable edad, para evaluar el grado de relación entre las variables.

RESULTADOS

Aspectos sociodemográficos

Género. Al distribuir la población de la muestra por género, se encontró que el 58% de los pacientes eran de sexo masculino, frente a un 41% del femenino.

Al realizar la comparación con la base de datos 2013-18 prácticamente no hubo modificación en la distribución por género. Aunque se observa un tímido aumento en mujeres y disminución en varones, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 0,197$ y $p = 0,657$)

Edad. La distribución de la población por edades de la primera consulta muestra un claro predominio de niños comprendidos en la categoría 6-11 años (figura 1).

Respecto al periodo 2013-18, se observó un ligero incremento en la edad media de la demanda de los pacientes. Disminuyen los niños de preescolar e incrementan los adolescentes.

En el análisis comparativo de esta variable en las dos bases de datos, la actual y la recogida entre los años 2013-2018, revela diferencias de significación

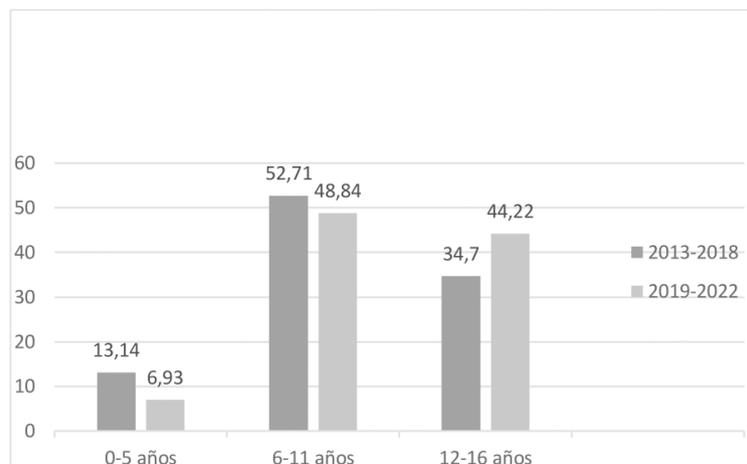


Figura 1. Distribución etaria en los dos grupos de estudio (en porcentajes).

estadística en la distribución por edades $\chi^2 = 16,484$; $p = 0,000$).

Hábitat. En lo que se refiere al hábitat, el grueso de los pacientes (41,91%) procede del medio semiurbano. Al compararlo con la base de datos 2013-18 observamos una tendencia descendente del porcentaje de pacientes procedentes del medio rural (39,96%, frente a 32,34% en el periodo actual) en favor de los pacientes procedentes de medio semiurbano, encontrándose diferencias significativamente estadísticas en los dos grupos en la distribución de la variable lugar de residencia $\chi^2 = 7,712$ $p = 0,021$

Unidad de convivencia. Al analizar el tipo de familia (figura 2), encontramos que la mayoría de pacientes conviven con una familia nuclear, seguido por las extensas y monoparentales. Con respecto a estudios previos de la Unidad (1-3), comprobamos un descenso de las familias nucleares y un incremento en las monoparentales.

Nivel de estudios de los progenitores. En el periodo actual desconocemos un amplio porcentaje de datos relacionados con el nivel de estudios tanto de madres como de padres (17,82% y 21,78% respectivamente). Y, en la base de datos del periodo 2013-18 no se registró esta variable. Teniendo en cuenta estas limitaciones, encontramos que la distribución de la variable “nivel de estudios de los progenitores” se sitúa en su mayoría, en estudios medios de bachillerato/Formación Profesional

(28,71% padres; 30,69% madres), con un incremento progresivo en nivel de estudios de las madres.

Aspectos clínicos

Demanda. El incremento en la evolución de la demanda en nuestra Unidad, ha sido notorio (figura 3). Hemos pasado de recibir 997 pacientes de 1º consulta en el año 2019 a recibir 1522 pacientes en el 2022.

En lo referente al origen de la demanda, en el periodo 2019-22 un alto porcentaje de los pacientes acuden a la Unidad derivados por su pediatra de atención primaria (80,90%). El 12,20% proceden de interconsultas (en su mayoría de Neuropediatría) y el 4,60% proceden del servicio de urgencias pediátricas.

Diagnósticos. Hemos encontrado que las patologías más frecuentemente diagnosticadas fueron el TDAH, que supone un 32,7%, seguido de los trastornos neuróticos (19,8%) y los trastornos del desarrollo y retraso mental (12,5%) (figura 4).

Al realizar un análisis detallado por grupo etario, hallamos que el conformado por los pacientes en edad preescolar (0-5 años) resultó ser el menos numeroso de la muestra, ya que solo encuadra a 21 pacientes, 15 de ellos varones. En este grupo el diagnóstico más prevalente fue el TDAH, que afecta al 46,70% de los varones y al 33% de las mujeres. Seguido por los trastornos del desarrollo y retraso mental (26,70%

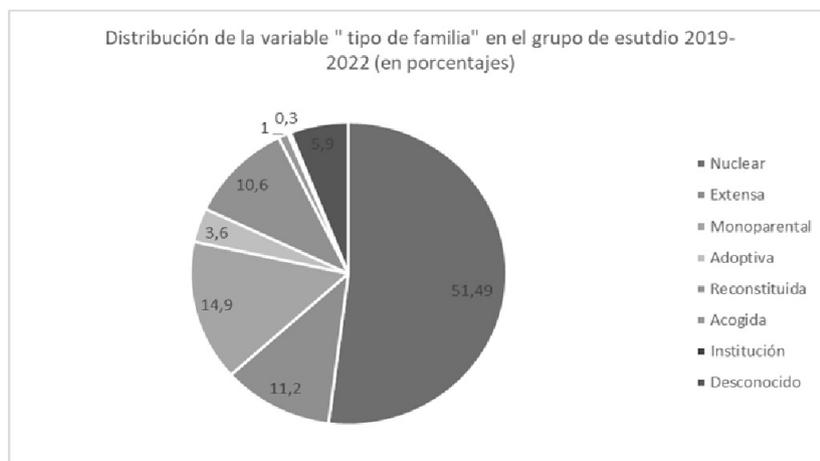


Figura 2. Distribución de la variable “tipo de familia” en el grupo de estudio 2019-2022 (en porcentajes).

18

varones y 33,30% mujeres) y los trastornos del comportamiento (6,70% exclusivamente en varones).

El grupo etario formado por los pacientes en edad escolar (6-11 años) fue el más numeroso, conformado por un total de 148 pacientes, de predominio masculino (66,89%). Destacó el alto porcentaje de pacientes diagnosticados de TDAH (42,4%), siendo el doble en varones. Los trastornos neuróticos fueron los segundos en frecuencia en este grupo, con un claro predominio femenino (28,60% mujeres frente a 12,10% varones). En tercer lugar, encontramos

los trastornos del desarrollo y retraso mental, que afectaron a 18% de los niños y al 10% de las niñas.

El grupo conformado por los pacientes adolescentes de 12 a 16 años es de predominio femenino y el que presentó una menor diferencia en las proporciones entre los diagnósticos por sexos. Los trastornos más frecuentes en esta franja etaria, resultaron ser el TDAH con predominio en varones (24,60%), los trastornos neuróticos (24,60%) de predominio femenino, seguidos de los afectivos (12,70%) también más frecuente en mujeres con una proporción 18:6.



Figura 3. Evolución del número de nuevos pacientes/año (valores absolutos)

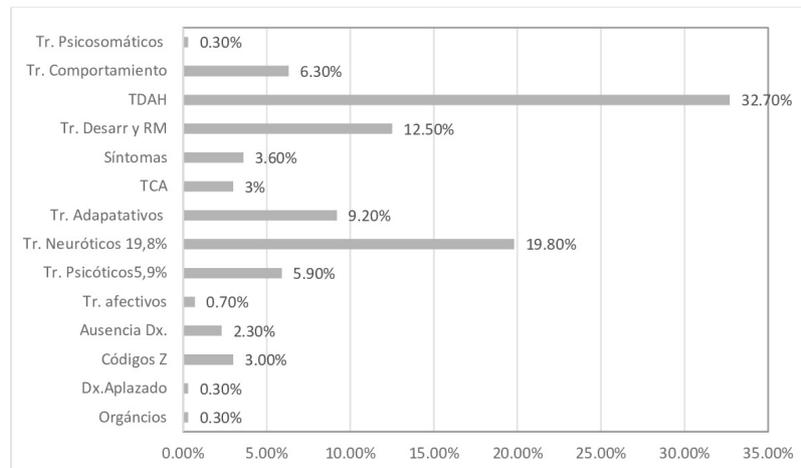


Figura 4. Distribución de los diagnósticos según criterios CIE-10 (en porcentajes)

Cabe destacar también que en este grupo repuntan los trastornos de la conducta alimentaria, y afectan predominantemente a mujeres (7:1).

En la [tabla 1](#) exponemos la comparación de los porcentajes correspondientes a estas patologías por género, de forma conjunta en los 3 grupos etarios, en ambas bases de datos. Al analizar la evolución diagnóstica, en las mujeres hallamos un aumento significativo de Trastornos Neuróticos (pasamos de 16,10% a 26,20%), de los trastornos afectivos (2,30% a 5,90%) y los TCA (4,60% a 6,30%); en los varones observamos un incremento notable en los TDAH (del 10,30% pasa al 32,70%) y en menor medida en los trastornos del desarrollo. Destacar también la importante disminución de los códigos Z, la ausencia de diagnóstico psiquiátrico y los síntomas (enuresis nocturna, tics, etc.) en el estudio 2019-22. En los trastornos del comportamiento no hay apenas diferencias entre los dos períodos de análisis, ni entre sexos.

En el análisis comparativo se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 265,983$ $p = 0,000$)

en la distribución de los diagnósticos en los dos grupos a estudio.

Tratamiento. Con respecto al tipo de tratamiento utilizado, la modalidad mixta (psicoterapia y medicación de forma conjunta) son los más utilizados.

Al investigar la tendencia de tratamiento en las diferentes patologías, hemos visto que los pacientes diagnosticados de trastornos afectivos son los que tienen más probabilidades de recibir tratamiento farmacológico acompañado de psicoterapia (100%), al igual que un 75% de los diagnosticados de un trastorno neurótico.

El grado de utilización de psicofármacos también es elevado en los pacientes con TDAH ya que el 85,1% de los diagnosticados en la muestra actual reciben tratamiento farmacológico, mayormente acompañado de psicoterapia (80,6%). Por otro lado, el 50% de los pacientes con trastornos del desarrollo reciben orientación o psicoterapia como único tratamiento.

Evolución. Respecto del total de la muestra, el 16,5% de los pacientes fueron dados de alta en algún momento de su evolución y el 31,02% fueron

Tabla 1. Distribución de los diagnósticos más frecuentes por género y año de estudio (en porcentajes)

Diagnóstico	Año Estudio 13-18			Año Estudio 19-22		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Aplazados/No constan	9,0%	10,20%	9,50%	0,60%	0,00%	0,30%
Códigos Z	9,90%	8,60%	9,30%	1,70%	4,00%	2,60%
Ausencia DXPSQ	19,70%	18,40%	19,20%	3,40%	0,80%	2,30%
T. Psicóticos	0,20%	0,20%	0,20%	0,00%	1,60%	0,70%
T. Afectivos	1,30%	3,80%	2,30%	2,80%	10,30%	5,90%
T. Neuróticos	9,20%	16,10%	12,00%	15,30%	26,20%	19,80%
T. Adaptativos	5,30%	7,70%	9,20%	6,20%	13,50%	9,20%
TCA	1,00%	4,60%	2,50%	0,60%	6,30%	3,00%
Síntomas	6,00%	4,40%	2,50%	4,50%	2,40%	3,60%
T. Desarrollo y RM	15,10%	7,60%	12,10%	17,50%	6,30%	12,90%
TDAH	13,20%	6,00%	10,30%	40,70%	21,40%	32,70%
T Comportamiento	6,70%	5,50%	6,20%	6,20%	6,30%	6,30%
T. Psicósomáticos	0,70%	1,60%	1,10%	0,00%	0,80%	0,30%
Total pacientes	2700	1822	4522	177	126	303

derivados en su mayoría a la Unidad de Salud Mental de adultos al cumplir los 16 años. La tasa de abandono fue del 13,9% y la de ingresos hospitalarios supuso un 0,33%.

Con objeto de analizar la pertinencia de las derivaciones y/o capacidad de contención desde atención primaria, analizamos el porcentaje de altas en primera consulta, hallando un resultado del 0,66%, por lo que consideramos que la demanda desde primaria era pertinente en su mayoría.

Al comparar la evolución de los pacientes con la base de datos del período 2013-18 (actualizada hasta noviembre de 2022), detallada por retención (número de sesiones consumidas) hallamos que, en ese período, el mayor porcentaje de altas y de abandonos se produjo entre las sesiones 1-4 y que en el estudio actual, la mayoría de altas y abandonos se realizan entre sesiones 5-12, lo que supone un mayor consumo de sesiones. Encontramos diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos períodos ($X^2=393,248$ $p=0,000$) en cuanto al número de sesiones consumidas por los pacientes antes de ser dados de alta, abandonar o ser derivados.

DISCUSIÓN

Este trabajo presenta sesgos y limitaciones similares a otros trabajos elaborados por nosotros en los que se advierte de problemas metodológicos, en la selección de la muestra, recogida de información y análisis de los datos (1-3). La creación de bases de datos que contengan información de las historias clínicas electrónicas de los pacientes, ofrece una fuente de información imprescindible para la investigación en salud mental. El registro de datos en nuestra USMIA es realizado por los profesionales que atienden a los pacientes y, carecemos de uniformidad en tal recogida de datos. Sobre todo, se requiere mayor rigurosidad en el registro de diagnósticos clínicos con el fin de contar con información estandarizada y mejorar los estudios sobre la epidemiología psiquiátrica infantil y juvenil a nivel institucional. Por otro lado, señalar que los datos correspondientes a la evolución deben ser tomados con precaución, ya que el tiempo de estudio no es lo suficientemente amplio para una

correcta evaluación de los parámetros que requieren una visión longitudinal mayor.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que los resultados que se comentan a continuación, sobre el análisis del perfil de los pacientes, de la demanda y de la respuesta asistencial puede aportar elementos de reflexión y planificación para los profesionales sanitarios, lo que se podría traducir en una mejor organización asistencial, incluyendo una mejora en los criterios de calidad en la derivación a las unidades especializadas y en la adecuación de los recursos a las necesidades de los usuarios.

Con esta idea en mente, hemos analizado las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios de la USMIA del CHUS y las comparamos con una base de datos de un período previo para ver si había diferencias significativas.

Hemos confirmado nuestra hipótesis de partida y constatamos un notable incremento en la demanda, que ya se venía evidenciando en los últimos años. Sin lugar a dudas, la pandemia ha tenido un importante impacto en dicha demanda, pero como puede verse en la [figura 3](#), ya habíamos experimentado un repunte de primeras visitas en el año 2019 con respecto al año previo, atenuado durante el año de la pandemia por las limitaciones asistenciales (consultas telefónicas, bajas médicas de profesionales, miedo a la asistencia presencial, etc.), por lo que muchos pacientes decidieron posponer la 1ª cita hasta que se reanudaron las consultas presenciales. También consideramos otros factores que han podido influir en este cambio cuantitativo: la mayor capacitación de los profesionales de atención primaria en la detección de los trastornos del neurodesarrollo; la creación de servicios especializados y el incremento de los recursos humanos de atención especializada en salud mental infantil y juvenil; la creciente demanda de problemas emergentes en esta población (*bullying*, autolesiones, tentativas suicidas, trastornos de la conducta alimentaria, uso problemático de internet y el acceso a contenidos potencialmente perjudiciales a través de tecnologías digitales y las adicciones). El aumento en la demanda no se trata de un hecho aislado ocurrido en nuestra USMIA, sino que se trata de un hecho generalizado. Diversos estudios nacionales e internacionales, avalan este aumento en

la patología psiquiátrica del niño y del adolescente (4,5,8,9,15,16,21-26). Atladottir et al., (5) llevaron a cabo un estudio con tres cohortes europeas que mostró un aumento progresivo en la prevalencia de TDAH y de los trastornos del espectro autista (TEA) en menores de edad en los últimos años. De forma análoga, en poblaciones nórdicas (21) también evidenciaron un aumento en los trastornos del neurodesarrollo. Según diversos estudios, no hay una causa única que motive este incremento, sino que la demanda de tratamiento en servicios especializados puede depender del efecto conjunto de factores sociofamiliares y académicos (26-28); factores genéticos y epigenéticos (29,30) y de la información que tengan los usuarios sobre los trastornos mentales y su tratamiento, de la oferta asistencial y de la accesibilidad a ésta (31,32). Nuestro estudio abre la posibilidad de analizar la relación entre algunas de estas variables.

Comprobamos que existen diferencias significativas en lo que se refiere a las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes en el período 2019-22 en comparación con los del período previo (3): se incrementa la edad de los pacientes derivados por pediatra de atención primaria; disminuyen los pacientes que procedían del medio rural en favor de los de procedencia semiurbana; aunque las familias mayoritarias siguen siendo nucleares, se observa un incremento en las familias monoparentales; y en cuanto al nivel de estudios de los progenitores, pasaron de ser predominantemente familias con estudios primarios a ser familias que habrían completado estudios secundarios, siendo las madres las que destacan en estudios medios-superiores.

Nuestro perfil es similar a lo encontrado en otras investigaciones (25-28,33-35) sobre la demanda en salud mental con población infantil y juvenil. El predominio de varones fue hallado en la mayoría de los estudios revisados (33-35). Messias et al. (33) encontraron porcentajes del 69% de hombres frente al 30% de mujeres; afectación del 71% de niños frente al 28% de niñas son las cifras de un estudio sobre perfiles de usuarios en dos servicios de salud de París (34). Las diferencias de género en los Trastornos del Neurodesarrollo siguiendo criterios clínicos

del DSM-5 (35), también son consistentes con estos datos, siendo los hombres los más afectados (53,3%).

El incremento de la edad media de nuestros pacientes y la disminución de la demanda de los menores de 5 años, puede estar relacionada con la puesta en marcha de más Unidades de Atención Temprana en nuestra Área Sanitaria, quienes atienden a niños hasta los 6 años. Por otro lado, el predominio de niños en la categoría de 6-11 años, se asocia con el incremento en los diagnósticos del Neurodesarrollo, ya que es en esta franja de edad donde más se establecen los diagnósticos de TEA y TDAH según otros estudios (21-26). Datos generales sobre los niños atendidos en una USM en París (34), indicaron un perfil muy similar ya que la mayoría se concentraron en el grupo de edad de 6 a 11 años (64,7%). También en el estudio de Márquez-Caraveo, donde se obtuvo información de 1122 menores, de los cuales el 25,5% tenía entre 6 y 8 años y el 30,9% entre 9 y 12 años (4).

El incremento en la demanda de los pacientes procedentes de medios urbanos y semiurbanos, en detrimento de los procedentes de zonas rurales, puede estar relacionado con el crecimiento de la población en algunas zonas de nuestra Área Sanitaria en los últimos años (36).

Resulta preocupante la tendencia incrementada de familias monoparentales (33,34,37,39). Hemos comprobado que el modelo familiar está cambiando, surgiendo nuevas estructuras familiares, de manera que, en nuestro país, en 2020 el total de las familias monoparentales representaba el 14,6% del total de hogares con hijos menores, frente al 6% que suponían en 1981 (37). Al igual que en los estudios revisados (37,38) nosotros también estamos detectando psicopatología en niños asociada a problemas de disfunción familiar en situaciones de monoparentalidad (alto nivel de conflicto interparental previo, durante y posterior a la separación y divorcio, disputas judiciales por la custodia de los hijos, situaciones de violencia verbal o física hacia el niño y/o delante del niño, aislamiento y pérdida de apoyo social de los progenitores, incumplimiento económico de los acuerdos judiciales, y un sinfín de problemas más). Por ello, es muy importante mantener una atención activa para detectar factores de riesgo y señalar el sufrimiento

psicosocial y psicopatología que puedan presentar los niños de familias separadas.

El incremento progresivo en el nivel académico de los padres puede suponer un factor protector de algunos trastornos del neurodesarrollo como los trastornos del aprendizaje, el TDAH y los trastornos de conducta. Esta idea es consistente con los resultados de una revisión sistemática sobre desigualdades sociales en salud infantil y adolescente españoles (31), donde se analizó el nivel educativo y la ocupación más favorecida del padre o la madre y se detectaron desigualdades sociales en salud mental.

En el análisis de las variables clínicas, se observan cambios más significativos. El paciente estándar de nuestro estudio, fue en su mayoría diagnosticado de TDAH, con mayor frecuencia en varones, seguido por los trastornos neuróticos de prevalencia en mujeres; en relación al tratamiento, pasaron de recibir tratamiento con psicoterapia en su mayoría a recibir tratamiento mixto; el consumo de sesiones antes de ser derivado, dado de alta o abandonar la consulta se incrementó pasando de consumir entre 1-4 sesiones según estudios previos (3) a consumir entre 5-12 sesiones.

El pediatra de atención primaria tiene un peso especialmente relevante en el proceso de derivación (27,28), lo que se confirma en nuestros resultados. Al analizar los canales de derivación durante años previos (1-3) observamos un cambio significativo, ya que en el período 2000-2015, la demanda pediátrica solo suponía un 30%, el 29% eran derivados desde la escuela y un 16% a petición de la familia. Este modelo de derivación concuerda con el descrito por Nakamura en Francia (34), donde las escuelas (31,3%) y los padres (31,6%) fueron los principales responsables de la solicitud de atención. No cabe duda de la importancia de todos estos agentes en la identificación de problemas de salud mental de los niños, pero es necesario realizar un filtro clínico, donde el pediatra cobra mayor relevancia. En nuestra USMIA desde el 2023 se puso en marcha una lectura de las demandas por uno de los profesionales de la Unidad, con objeto de mejorar la idoneidad y el nivel de prioridad.

El diagnóstico más frecuente en los tres grupos etarios fue el TDAH, hallando un aumento

considerable en el porcentaje con respecto al período 2013-18. Pasamos de un 10,30% a un 32,70% en el estudio actual. Los trastornos del desarrollo y los trastornos neuróticos también destacaron en orden de importancia.

El sexo y la edad, influyen significativamente en la expresión de ciertas afecciones. (25-26). Al realizar un análisis detallado por grupo etario y sexo, vimos que en los pacientes en edad preescolar y escolar, prevalecía el diagnóstico de TDAH, siendo el doble en varones; el grupo conformado por los pacientes adolescentes fue de predominio femenino y el que presentó una menor diferencia entre las proporciones entre los diagnósticos por sexos. El trastorno más frecuente en esta franja etaria, al igual que en las dos anteriores, resultó ser el TDAH con predominio en varones, seguido en frecuencia por los trastornos neuróticos y los afectivos, ambos de predominio femenino.

El importante incremento en los trastornos del neurodesarrollo no es exclusivo de nuestra Unidad, ya que otros estudios españoles recientes encontraron resultados similares (7,13,23,24,25,39). En una muestra escolar (39) se halló tasas de prevalencia de 9,92% de TDAH y 0,70% de TEA. En muestras clínicas, Carballal (13) encontró que el 46,2% de los pacientes de la muestra cumplían criterios TDAH. Este aumento en la prevalencia del TDAH en niños y adolescentes es consistente también con la encontrada en muestras clínicas en estudios internacionales (5,21,22).

Resulta especialmente preocupante el aumento en los trastornos afectivos y neuróticos. Un estudio reciente de prevalencia de depresión realizado en España (40), encontró en niños de edad escolar (media de edad 10,2 años) una prevalencia de 1,6% y constata que niños con síntomas depresivos que no reúnen criterios diagnósticos de depresión mayor tienen alto riesgo de desarrollar un verdadero episodio depresivo durante la adolescencia y riesgo de conducta suicida (6). Alarmante resulta el aumento en los datos de mortalidad publicados por el INE en 2021 en España, (41), dado que en el año 2020 se suicidaron 14 niños menores de 15 años y 22 en el 2021.

Pese a la tendencia en el aumento de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo, diferentes estudios

han puesto de manifiesto el infradiagnóstico de los episodios depresivos en la infancia y adolescencia (6), así como también de los trastornos de neurodesarrollo (7,25,26,28). Gallego y cols. (6) proponen realizar evaluaciones de cribado como el programa TIDY, puesto en marcha en Santiago de Compostela, con adolescentes de entre 13 y 16 años (42,43).

Destacar también que prácticamente han desaparecido los códigos Z y los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico. Factores como la pandemia y la necesidad de realizar criterios de selección en la demanda pueden explicar este dato.

El aumento en la modalidad de tratamiento mixto (psicoterapia y medicación de forma conjunta) fue especialmente relevante por la frecuente utilización de psicofármacos en el TDAH y trastornos afectivos. Por otro lado, hasta la mitad de los pacientes diagnosticados de un trastorno del desarrollo se tratan con psicoterapia únicamente. En estudios previos de la Unidad, durante el período 2000-2015 veíamos que el 67,5% de los pacientes eran tratados por profesionales tanto de psicología como de psiquiatría, sin recurrir a tratamiento farmacológico (3). La respuesta asistencial de los estudios consultados (13,27) difiere de la nuestra ya que constan porcentajes similares entre tratamiento psicológico y farmacológico.

El aumento en el número de sesiones consumidas por los pacientes antes de ser dados de alta, abandonar o ser derivados, va de la mano de los cambios en los diagnósticos y los tratamientos ya que, al disminuir los pacientes sin patología y aumentar los que sí la tienen y que además necesitan tratamiento farmacológico, aumentan las sesiones consumidas. Es importante destacar, de cara a un futuro estudio, la necesidad de analizar más a fondo la relación entre los abandonos y la frecuencia de las consultas, sobre todo porque esta última se ha visto disminuida tras el aumento de la demanda. Es posible que este incremento del tiempo entre consultas dificulte también el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes y aumente la necesidad de recurrir al uso de fármacos para el control sintomático de ciertas patologías.

CONCLUSIONES

- La saturación de la red de salud mental, un problema que viene de lejos, se ha visto agravado por la disminución de la actividad general de todos los recursos comunitarios de apoyo en el período del confinamiento y por el aumento posterior de las demandas de visitas.
- Dado el incremento en la demanda que venimos observando en los últimos años, a lo que se suma la excepcionalidad del impacto psicológico de la situación generada por la pandemia del COVID-19 (13-14), nos vemos obligados a adaptar la asistencia a nuevos retos. La reflexión sobre los datos obtenidos resulta fundamental para poner en práctica medidas encaminadas a mejorar la atención de la Salud Mental de los pacientes de nuestra Área Sanitaria y a corregir posibles fallos en la práctica asistencial.
- En la USMIA de Santiago de Compostela el paciente estándar continúa siendo, al igual que en el periodo 2013-18, un varón en edad infantil, que ahora proviene del medio semiurbano. En lo referente a sus familias, como ocurre en el resto de la población española, disminuyen las familias nucleares, aumentan las reconstituidas y las monoparentales. El nivel de estudios de los progenitores también aumentó.
- Se ha producido un cambio en las características clínicas de los pacientes de la unidad. Aumentan los diagnósticos de TDAH, TEA y trastornos afectivos y neuróticos, mientras que disminuyen de forma notable los pacientes diagnosticados con un código Z y los que no presentan patología psiquiátrica. Es posible que la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 haya reducido las consultas de los individuos sin patología psiquiátrica clara y haya incrementado los trastornos afectivos y neuróticos.
- El TDAH y los TEA son más frecuentes en varones de edad escolar, mientras que los trastornos

neuróticos y afectivos son más frecuentes en mujeres adolescentes.

- La mayoría de los pacientes diagnosticados de TDAH, trastornos afectivos y los trastornos neuróticos reciben tratamiento farmacológico, con o sin psicoterapia asociada.
- Ha existido un aumento del número de sesiones consumidas por los pacientes antes de un alta o derivación.
- 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 utilizado.
- Se requiere uniformizar criterios de registro en el programa informático (IANUS) para facilitar la búsqueda de datos clínicos con el fin de contar con información estandarizada sobre la epidemiología psiquiátrica infantil y juvenil. Para ello es imprescindible rigurosidad en el registro de información clínica y clasificación de los trastornos mentales.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento a Cristina Fernández Pérez. (Doctora en Medicina, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, experta en Metodología de la Investigación) por el asesoramiento estadístico. UTAMI (UNIDAD TRANSVERSAL DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN).

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha recibido ninguna subvención oficial, beca o apoyo de un programa de investigación destinados a la redacción de su contenido.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Las autoras comunican que no presentan ningún conflicto de intereses en relación con el contenido del trabajo.

CONTRIBUCIONES

En la elaboración del diseño del estudio, solicitud de consentimientos a los pacientes y familiares, redacción del texto, análisis de los datos, elaboración de tablas y gráficos, y redacción de las conclusiones, participaron todas las autoras. En la recogida de datos de las historias clínicas participaron Rita Mondragón y Lucía Varela.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Las autoras declaran que en este trabajo no aparecen datos de pacientes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las autoras declaran que se ha solicitado consentimiento informado a los pacientes mayores de 12 años y a los padres.

REFERENCIAS

1. 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):177-86. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/68>
2. 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.
3. Varela L, Mondragón R, Ramos I, Ramos I, Domínguez 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-Juv.* 2018;34(3): 316-31. <http://aepnya.eu/index.php/revistaapnya/article/view/12>
4. Márquez ME, Arroyo E, Granados A, Ángeles 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;59(4): 477-84. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8514>

5. 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;24(2): 173-83. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0553-8>
6. Gallego A, Pallás CR, Rando Á, San Miguel MJ, Sánchez FJ, Colomer J., et al. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia (parte 2). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22(87): 311-21. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000400017
7. Mar J, Larrañaga I, Ibarrodo O, González-Pinto A, las Hayas C, Fullaondo A, et al. Incidence of mental disorders in the general population aged 1–30 years disaggregated by gender and socioeconomic status. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58: 961-71. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02425-z>
8. Cybulski, L, Ashcroft, DM, Carr, MJ, Garg S, Chew-Graham CA, Kapur N, et al. Temporal trends in annual incidence rates for psychiatric disorders and self-harm among children and adolescents in the UK, 2003–2018. *BMC Psychiatry*. 2021;21: 299. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03235-w>
9. Lombardía C, Rivera H, Sánchez J. Análisis de la demanda en el centro de salud mental infantojuvenil durante los años de la pandemia por COVID-19. *Adolescere*. 2022;X(3): 21-9.
10. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J, Umla-Runge K, Newbury-Birch D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022: 1-18. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>
11. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün, TB, et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20: 359-64. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
12. Zwaigenbaum L, Penner M. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *BMJ*. 2018;361: k1674. <https://www.bmj.com/content/361/bmj.k1674>
13. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Alvarez J, del Río Garma M, García Cendón C, Goicoechea Castaño A, Peña Nieto J. Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, del comportamiento y del aprendizaje en atención primaria pediátrica. *Anales de Pediatría*. 2018;89(3): 153-61. <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2017.10.005>
14. Calvo C, García López-Hortelano M, de Carlos Vicente JC, Vázquez Martínez JL; Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría para el brote de infección por Coronavirus, colaboradores con el Ministerio de Sanidad; Miembros del Grupo de Expertos de la AEP. Recomendaciones sobre el manejo clínico de la infección por el «nuevo coronavirus» SARS-CoV2. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Pediatría (AEP). *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;92(4): 241.e1-241.e11. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.02.001>
15. Buedo P, Mena J. Hospitalizaciones psiquiátricas de población infanto-juvenil: un estudio epidemiológico de la ciudad de Bahía Blanca, Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*. 2023; 29(138): 91-7. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/370>
16. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg B. B, Schullehner J, Plana-Ripoll, Brikell I, et al. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. *JAMA psychiatry*. 2020;77(2): 155-64. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.352>
17. Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. «BOE»185, 4 de agosto 2021, 94986-96. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2021/08/03/689>
18. Plan de Salud Mental de Galicia poscovid-19. 2020-24. Consellería de Salud 2020
19. Instituto Nacional de Estadística (INE). Población por municipios, sexo y edad. (año a

- año). INE; 2020. Available from: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e244/avance/p02/10/&file=1mun00.px#!tabs-tabla>
20. Clasificación ICD-10 de trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas de diagnóstico. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9241544228>
 21. Hansen BH, Oerbeck B, Skirbekk B, Petrovski BÉ, Kristensen H. Neurodevelopmental disorders: prevalence and comorbidity in children referred to mental health services. *Nordic J Psychiatry*. 2018;72(4): 285-91. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1444087>
 22. Saito, M., Hirota, T., Sakamoto, Y., Adachi, M., Takahashi, M., Osato-Kaneda, et al. Prevalence and cumulative incidence of autism spectrum disorders and the patterns of co-occurring neurodevelopmental disorders in a total population sample of 5-year-old children. *Molecular autism*. 2020;11(1): 35. <https://doi.org/10.1186/s13229-020-00342-5>
 23. Catalá F, Ridao M, Núñez A, Gènova R, Alonso A, Aleixandre R, et al. Prevalence and comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder in Spain: study protocol for extending a systematic review with updated meta-analysis of observational studies. *Syst Rev*. 2019;8(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0967-y>
 24. Pérez L, Prats A, Tobias A, Duran E, Coronado R, Hervás A, Guxens M. Temporal and Geographical Variability of Prevalence and Incidence of Autism Spectrum Disorder Diagnoses in Children in Catalonia, Spain. *Autism research: official journal of the International Society for Autism Research*. 2019;12(11): 1693-705. <https://doi.org/10.1002/aur.2172>
 25. Francés L, Caules J, Ruiz A, Soler CV, Hervás A, Fernández A, et al. An approach for prevention planning based on the prevalence and comorbidity of neurodevelopmental disorders in 6-year-old children receiving primary care consultations on the island of Menorca. *BMC Pediatr*. 2023;23: 32. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-03844-2>
 26. Francés L, Quintero J, Fernández A, Ruiz A, Caules J, Fillon G, Hervás A, Soler CV. Estado actual del conocimiento sobre la prevalencia de trastornos del neurodesarrollo en la infancia según el DSM-5: Una revisión sistemática de acuerdo con los criterios PRISMA. *Psiquiatría y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2022;16(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-022-00462-1>
 27. Martínez E, Díaz F. Análisis de la demanda en la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Ferrol. *Anuario Psicología e Saúde: Revista Oficial da Sección de Psicología e Saúde do COPG*. 2016;9: 181-84. <https://psykebase.es/servlet/articulo?codigo=5984915>
 28. Font L, García X, Davó MC, Ariza C, Díez E, García MM, Maroto G, Suárez M, Rajmi L. El estudio de las desigualdades sociales en la salud infantil y adolescente en España, *Gaceta Sanitaria*. 2013;28(4): 316-25. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.12.009>
 29. Schiele MA, Domschke K. Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes, Brain Behav*. 2018;17(3): e12423. <https://doi.org/10.1111/gbb.1242>
 30. Siu MT, Weksberg R. Epigenetics of Autism Spectrum Disorder. *Adv Exp Med Biol*. 2017;978: 63-90. https://doi.org/10.1007/978-3-319-53889-1_4
 31. 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): e0213700. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213700>
 32. Ruiz I, Bermúdez C., Rodríguez, M. Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis. *Int J Equity Health*. 2017;16: 45. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0518-x>
 33. Messias MP, Silva EME, Andrade MH, Cavallo ICC, Galvao LP, Perico CA. Clinico-epidemiological profile of patients at children's psychosocial care centers in São Bernardo do Campo: a cross-sectional study *Sao Paulo Med. J*.

- 2022;140(6): 781-86 <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0577.R1.17022022>
34. Nakamura E, Planche M, Ehrenberg A. The social aspects in the identification of children's mental health problems in two health services in Paris, France. *Interface*. 2018;22(65): 411-22. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0911>
35. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013. xlv, 947 p.
36. Rodríguez Galdo, MX. (2020). "Escenario demográfico en Galicia: cambio de paradigma y movilidad de la población", Galicia 2040: el reto demográfico, Foro Económico de Galicia, Santiago de Compostela, 6 de marzo.
37. Buitrago F, Ciurana R, Fernández M., Tizón, JL, Miembros del Grupo de Salud Mental. Prevención de los trastornos de la salud mental. Hijos de familias monoparentales. *Atención Primaria*. 2022;54(1): 102445 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.10245>
38. Bohman H, Låftman SB, Päären A, Jonnson U. Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: a community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. *BMC Psychiatry*. 2017;17: 117. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1252-z>
39. Bosch R, Pagerols M, Rivas C, Sixto L, Bricollé L, Español-Martín G, et al. Neurodevelopmental disorders among Spanish school-age children: prevalence and sociodemographic correlates. *Psychological Medicine*. 2022;52(14): 3062-72. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005115>
40. Canals J, Hernández C, Sáez M, Arija V. Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Res*. 2018;268: 328-34. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.023>
41. INE Instituto Nacional de Estadística. Suicidios por medio empleado, sexo y edad. INEbase; 2021. <https://www.ine.es/up/7ALtJxNOil>
42. Triñanes Y, Rial A, Varela L, Mazaira JA. Viabilidad y aplicabilidad del Programa TIDY (Therapeutic Identification of Depression in Young People) en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018.
43. Varela L, Mazaira JA, Brenlla JB, Atienza G. Implementación de un programa de identificación terapéutica de depresión en adolescentes en el área sanitaria de Santiago de Compostela. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2018;35(3): 229-40. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/270>