

G. Pérez-Mora* 
J. Herrera-Rodríguez 
M. Alemán-Gutiérrez 

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil,
Las Palmas de Gran Canaria, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Guillermo Pérez Mora
Correo: gpirmor@gobiernodecanarias.org

*Trastorno por Déficit de Atención e
Hiperactividad y Trastorno del Espectro del
Autismo: análisis del grado de coincidencia
diagnóstica entre los centros de salud y las
unidades de Salud Mental Infanto- Juvenil*

*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
and Autism Spectrum Disorder: diagnostic
coincidence analysis between Health Centers
and Child and Adolescent Mental Health units*

RESUMEN

Introducción: debido a su elevada prevalencia (hasta un 20%), una adecuada identificación, diagnóstico y tratamiento de la patología mental en edades tempranas de la vida ha de ser una prioridad sanitaria a nivel mundial. **Objetivo:** evaluar el grado de validez de los diagnósticos de TDAH y TEA (los dos trastornos mentales más prevalentes en Salud Mental infanto-juvenil) realizados por parte médicos especialistas en Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria, comparándolos con diagnósticos definitivos de Psiquiatría emitidos en las USMIJ. **Metodología:** se incluyeron un total de 183 pacientes. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes perinatales, menor adoptado, antecedentes psiquiátricos familiares, diagnóstico de sospecha del médico remitente, diagnóstico definitivo en la USMIJ, seguimiento posterior y tratamiento psicofarmacológico. Para analizar el grado de calidad de las derivaciones se calculó el porcentaje de casos coincidentes. **Resultados:** el 75,4% de la muestra fueron varones con una edad media de 8,22 años y un 7,7% de antecedentes perinatales y un 17,5% de antecedentes psiquiátricos familiares. Del total de la muestra, el 65,6%, 31,7% y 2,7% de los menores fueron remitidos con diagnóstico de sospecha de TDAH, TEA, y TEA combinado

ABSTRACT

Introduction: Due to the very high prevalence of mental pathology in early life (up to 20%), correct diagnosis and immediate treatment in early life is a global health priority. **Objective:** The aim of this study was to evaluate the degree of validity of the diagnoses of ADHD and ASD made in Primary Health Care Services (PHCS), comparing them with definitive diagnoses issued in the Child and Adolescent Mental Health Units (CAMHU). **Methodology:** 183 patients were included in this study, being referred from Primary Health Care (PHC) to Vecindario's CAMHU, in Gran Canaria, Spain. Evaluation was retrospective and included the following variables: age, sex, perinatal history, adopted minor, family psychiatric history, referring physician's diagnosis of suspicion, definitive diagnosis in the CAMHU, subsequent follow-up and psychopharmacological treatment. To analyze the degree of quality of the referrals, we calculated the percentage of cases that matched the suspected diagnosis of the referring physicians (pediatricians or general practitioners (GP)) and the definitive confirmation diagnosis (issued by the child and adolescent psychiatrist). **Results:** 75.4% of the sample were males, with a mean age of 8.22 years, 7.7% had a perinatal history, and 17.5% had a family psychiatric history. 65.6% of them were referred with a suspected diagnosis of ADHD, 62.7% were confirmed

14

con TDAH, respectivamente. Los porcentajes de confirmación y rechazo fueron respectivamente: 62,7% y 26,27% en TDAH; 75,8% y 10,3% en TEA. Se diagnosticaron un 9,8% de menores con ambos diagnósticos (TDAH y TEA) concomitantes. **Conclusión:** la validez de las sospechas diagnósticas realizadas en los CS fue muy elevada: 62,7% para TDAH y 75,8% para TEA; obteniéndose porcentajes notablemente mayores que en estudios previos.

Palabras clave: medicina familiar y comunitaria, pediatría, psiquiatra infantil, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del espectro autista.

INTRODUCCIÓN

La Salud Mental de la población se erige como un problema de Salud Pública de primer orden. Específicamente, los trastornos mentales en la infancia y adolescencia conllevan una incuestionable sobrecarga a nivel mundial (1). La prevalencia de patología mental en esta etapa de la vida es muy elevada, estimándose en hasta un 20% de los niños y adolescentes a nivel internacional (2, 3); siendo el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) los dos trastornos mentales más prevalentes en las unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles (USMIJ).

Una elevada proporción de los trastornos psiquiátricos diagnosticados al inicio de la madurez se han forjado en las etapas iniciales de la vida: un tercio de ellos comenzaron antes de los 14 años (4), y uno de cada dos previamente al inicio de la vida adulta (5).

El **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)** es el trastorno neuropsiquiátrico más **frecuente** en la infancia, con una incidencia acumulada de TDAH a nivel nacional del 3,87%, asociándose a un importante impacto funcional, personal y social (6, 7).

Se trata de un trastorno en el que, a pesar de tener un elevado **componente genético**, este es

and 26.27% were rejected. 31.7% were referred to the CAMHU with a suspected diagnosis of ASD. This entity was confirmed in 75.8% and rejected in 10.3%; 5.1% of them were finally diagnosed with ADHD. Only 2.7% were referred for a combined suspicion of ADHD and ASD, but 9.8% of children were finally diagnosed with both diagnoses (ADHD and ASD) concomitantly. **Conclusion:** The validity of the diagnostic suspicions made in the PHCS was very high: 62.7% for ADHD and 75.8% for ASD; obtaining notably higher percentages than in previous studies.

Keywords: Primary Care Physicians, Pediatrics, Child Psychiatry, Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, Autism Spectrum Disorder.

difícilmente cuantificable: los riesgos genéticos implicados en el TDAH generalmente tienden a tener tamaños de efecto pequeños o a ser raros y, a menudo, aumentan el riesgo de muchos otros tipos de psicopatología (particularmente el TEA) (8, 9). Además, en él influyen diversos factores ambientales (principalmente aquellos que suceden durante el embarazo y el parto); pero también se ha objetivado que algunos factores sociales (socioeconómico, dinámica familiar desorganizada, institucionalización y el efecto sobre la crianza del niño) pueden condicionar el pronóstico (6). De este modo, la prevalencia del TDAH en **niños adoptados** es muy superior a la de la población general (10).

En cuanto a las diferencias por sexo, se ha constatado un predominio del trastorno en varones: por cada 7 varones hay sólo 2 mujeres diagnosticadas (6).

El **Trastorno del Espectro del Autismo (TEA)** ha sufrido un claro aumento de su **prevalencia**, hecho que ha sido reflejado en numerosas publicaciones en los últimos años (11). Se calcula que, en todo el mundo, uno de cada cien niños tiene TEA (12). En una revisión a nivel internacional (20 estudios analizados) la tasa de prevalencia oscila de 0,7 por 10000 a 21,1 por 10000 (13). La explicación al aumento de la incidencia no está exenta de discusión, ya que algunos autores apuntan a que el TEA es un trastorno con una incidencia creciente “*per se*”; y otros investigadores, lo atribuyen

a diversos motivos de razón metodológica (cambios de criterios diagnósticos, mayor conocimiento de la sintomatología y divulgación entre profesionales y familiares o el desarrollo de métodos más eficaces de detección) (14).

Su **etiología** es multifactorial, sin poder identificarse una única causa conocida. Considerando la complejidad del trastorno y el hecho de que los síntomas y la gravedad varían, probablemente factores genéticos, anatómicos, neuroquímicos y ambientales pueden influir (15). Diversos autores han señalado la existencia de factores patológicos intrauterinos y perinatales, de tipo anóxico e infeccioso fundamentalmente. Las hemorragias durante el primer semestre del embarazo, las infecciones por virus, la presentación de nalgas y el Apgar bajo son más frecuentes que en la población general (16). En otras publicaciones, los factores ambientales se detectaron en un número considerable de pacientes donde el 43% tuvo alguna complicación perinatal, en su mayoría prematuridad (17). En cuanto a la presencia de **antecedentes familiares psiquiátricos**, los familiares de niños con autismo tienen un riesgo mucho mayor de sufrir el trastorno, un riesgo que se multiplica por 20 si se compara con el de la población general (18). Los familiares de los niños con autismo tienen más problemas de comunicación y adaptación social que el resto de la población (19).

En el TEA, el **sexo** predominante también es el masculino, en una proporción de 4 varones por cada mujer (12, 20). Analizando la predominancia con porcentajes, dicha proporción resulta ser similar en otros estudios similares: desde un 73,2% de los sujetos del estudio en el estudio de Carmenate et al (21), hasta el 94,1% obtenido en el trabajo realizado por Espinosa et al (17) eran varones. No obstante, sí que existe algún estudio puntual (Fortea et al) en que la ratio por sexo es de 6 niñas por cada 5 niños. Conviene destacar dos aspectos fundamentales: 1) el estudio también se realizó en Canarias, y 2) el reducido tamaño de la muestra (22).

Las enfermedades mentales conllevan un deterioro de la calidad de vida que se extrapola a todas las áreas de la vida: adaptación social y familiar, formación e incluso la economía (23-25). También se ha objetivado que entre los jóvenes son la principal

causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD: es la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura y el número de años vividos con discapacidad, por enfermedad o condición de salud en una población. Los AVAD son una medida de carga de la enfermedad) (26). Además, análisis realizados a nivel socioeconómico han concluido que produce unos costes muy significativos a nivel social (según el Estado Mundial de la Infancia 2021) calculado en unos 340.200 millones de dólares anuales ajustados a la paridad del poder adquisitivo (PPA).

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto el foco en la necesidad de realizar una adecuada detección y tratamiento de los trastornos mentales en edades tempranas (27).

En los últimos años se ha incrementado la demanda de atención de problemas de Salud Mental en las consultas de Pediatría (28). El porcentaje de trastornos mentales entre los pacientes atendidos en las consultas de Pediatría es muy elevada (29). Sin embargo, se considera que tanto la ausencia de formación específica así como el reducido tiempo disponible para realizar una adecuada atención integral pueden ser dos factores de primer orden para poder realizar adecuadas sospechas diagnósticas y derivaciones correctas a Salud Mental (28-29).

Dado que en la actualidad, todavía son escasos los estudios realizados que investigan el grado de concordancia en el diagnóstico entre los servicios de Pediatría y Salud Mental, y sus conclusiones no han sido refrendadas por ningún otro estudio, procedimos a realizar este análisis (30, 31).

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es valorar el grado de concordancia diagnóstica entre Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Mental Infanto-Juvenil de aquellos casos derivados tanto por sospecha de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad como de un posible Trastorno de Espectro del Autismo. Además, dada la gran predominancia actual de ambos trastornos mentales en las consultas de las USMIJ, también se describen las variables más determinantes (a nivel

16 sociodemográfico y clínico) para así poder perfilar el tipo de paciente que se atiende por ambas patologías en las USMIJ.

Nuestra hipótesis de trabajo es que sí que existe un elevado grado de validez de los diagnósticos de sospecha de TDAH y TEA emitidos por parte médicos especialistas en Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

Se trata de un estudio observacional descriptivo de carácter retrospectivo sobre las interconsultas de población infanto-juvenil realizadas durante un periodo de dos años desde Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ). En nuestra comunidad autónoma de Canarias los pacientes menores de edad (0 a 18 años) con sospecha de patología mental son derivados desde los centros de Salud (CS) a la USMIJ (ver [Tabla 1](#)).

El médico que realiza la derivación variará en función de la edad del menor, siendo los pediatras quienes valoran inicialmente a los menores con edades hasta los 15 años de edad; y aquellos menores cuyo rango etario esté comprendido entre los 15 y los 18 años de edad, serán derivados por su correspondiente médico de Medicina Familiar y Comunitaria.

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

	<i>n</i>	Porcentaje
Sexo femenino	44	24,6%
Sexo masculino	139	75,4%
Edad media	8,22	77,8%
Antecedentes perinatales	14	7,7%
Adoptado/a	3	1,6%
Antecedentes psiquiátricos familiares	32	17,5%
Remitidos con diagnóstico de TDAH	120	65,6%
Remitidos con diagnóstico de TEA	58	31,7%
Remitidos con diagnóstico de TDAH y TEA	5	2,7%

Criterios de inclusión

Se incluyó a todos los pacientes menores de 18 años, derivados de forma consecutiva durante un año natural, desde el pediatra o el médico de Medicina Familiar y Comunitaria a la USMIJ, con sospecha diagnóstica de TDAH o TEA.

Tabla 2. Características del grupo con diagnóstico de TDAH

	<i>n</i>	Porcentaje
Sexo femenino	19	24,4%
Sexo masculino	59	75,6%
Antecedentes perinatales	4	5%
Adoptado/a	2	2,6%
Antecedentes psiquiátricos familiares	13	16,7%
Recibieron tratamiento psicofarmacológico	64	82,1%
Sin seguimiento ambulatorio	8	10,3%

Tabla 3. Características del grupo con diagnóstico de TEA

	<i>n</i>	Porcentaje
Sexo femenino	11	22,4%
Sexo masculino	38	77,6%
Antecedentes perinatales	6	12,2%
Adoptado/a	0	0%
Antecedentes psiquiátricos familiares	10	20,4%
Recibieron tratamiento psicofarmacológico	17	34,7%
Sin seguimiento ambulatorio	1	2%

Tabla 4. Características del grupo TDAH y TEA

	<i>n</i>	Porcentaje
Sexo femenino	2	11,1%
Sexo masculino	16	88,9%
Antecedentes perinatales	2	11%
Adoptado/a	0	0%
Antecedentes psiquiátricos familiares	1	5,6%
Recibieron tratamiento psicofarmacológico	18	100%
Sin seguimiento ambulatorio	0	0%

Tabla 5. Concordancia entre diagnósticos de CS y USMIJ en el grupo de diagnóstico de TDAH.

	<i>n</i>	<i>Porcentaje</i>
Confirmación diagnóstico TDAH del CS	74	62,7%
Rechazo diagnóstico TDAH del CS	31	26,3%
Diagnóstico combinado TDAH y TEA	10	8,5%
Rechazo diagnóstico TDAH del CS y diagnóstico TEA	3	2,5%
Total	118	100%

Tabla 6. Concordancia entre diagnósticos de CS y USMIJ en el grupo de diagnóstico de TEA.

	<i>N</i>	<i>Porcentaje</i>
Confirmación diagnóstico TEA del CS	44	75,9%
Rechazo diagnóstico TEA del CS	6	10,3%
Diagnóstico combinado TEA y TDAH	5	8,6%
Rechazo diagnóstico TEA del CS y diagnóstico TDAH	3	5,2%
Total	58	100%

Criterios de exclusión

Pacientes sin sospecha diagnóstica de TEA o TDAH; pacientes previamente valorados por otro médico especialista (neuropediatra, psicólogo clínico, psiquiatra infanto-juvenil a nivel privado, etc) y con un diagnóstico ya emitido de TDAH o TEA.

La sospecha inicial de un posible TDAH o un TEA puede ser expuesta por los propios padres del menor, el Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) del centro escolar, o por el propio médico de AP. En el caso de la sospecha de TDAH, será el EOEP quienes emitirán un informe educativo de descripción y valoración de ciertas capacidades.

Para el análisis estadístico, se incluyeron todas las interconsultas recibidas durante un año natural (sin intermediación de la pandemia COVID) en la USMIJ de Vecindario, en Gran Canaria. Esta USMIJ es la referencia de 16 Centros de Salud de Atención Primaria (correspondiendo a un total de 36.000 menores de edad) y más una decena de EOEP.

Los criterios diagnósticos empleados fueron los del Manual de Criterios Diagnósticos-5 (DSM-5). El estudio cumple con la declaración de Helsinki, fue aprobado por el Comité Ético de la Investigación del Hospital Doctor Negrín.

Las variables recogidas y analizadas en cada uno de los pacientes derivados fueron: edad, sexo, antecedentes perinatales, adopción, antecedentes psiquiátricos familiares, diagnóstico de sospecha del médico que realizó la derivación, diagnóstico definitivo del psiquiatra infanto-juvenil en la USMIJ, seguimiento posterior y tratamiento psicofarmacológico. Dicha información fue obtenida mediante la revisión pormenorizada e individualizada de cada una de las historias clínicas electrónicas de los menores, preservándose en todo momento la confidencialidad de los mismos.

La evaluación diagnóstica en la USMIJ fue realizada en todos los pacientes por el psiquiatra especialista en infanto-juvenil, mediante: entrevista clínica (que incluye al menor y a sus progenitores acompañantes), exploración psicopatológica, análisis del informe educativo de derivación (en los casos de TDAH), reunión con los orientadores del EOEP (si procede).

Análisis de los datos

Se calcularon las frecuencias absolutas y los porcentajes de todas las variables cualitativas, y la media y desviación estándar de las variables cuantitativas.

Para estimar el grado de concordancia entre el diagnóstico de sospecha realizado en el centro de salud y diagnóstico definitivo emitido en la USMIJ, se calculó el porcentaje de casos que resultaron con el mismo diagnóstico entre el sospechado por los médicos remitentes y el de confirmación (emitido por el especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil).

El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS® versión 24.

RESULTADOS

Características de la muestra global

La muestra final quedó constituida por 183 pacientes, de los que 139 eran varones (75,4%). La edad media fue de $8,22 \pm 3,58$ años, con un rango entre los 1,5 y los 17 años.

El 7,7% ($n=14$) presentaron antecedentes perinatales, y 1,6% ($n=3$) eran adoptados. En cuanto a

18 los antecedentes familiares, el 17,5% de los individuos ($n= 32$) sí que tenían familiares con algún tipo de diagnóstico de enfermedad mental.

El 65,6% ($n=120$) de los pacientes fueron remitidos con diagnóstico de TDAH por el médico remitente y el 31,7% ($n=58$) del total fueron derivados a la USMIJ con un diagnóstico de TEA. El 2,7% ($n=5$) de los menores derivados fueron remitidos por sospecha combinada de TDAH y TEA.

TDAH

La proporción por sexos fue de 8 varones ($n= 59$) por cada 2 mujeres ($n=19$), con un 5% de prevalencia de antecedentes perinatales, 2,6% de adoptados y un 16,7% de antecedentes psiquiátricos familiares. Del total de menores diagnosticados de TDAH, el 82,1% ($n=64$) sí recibieron tratamiento psicofarmacológico y el 10,3% no mantuvieron seguimiento ambulatorio en la USMIJ a medio plazo (ver [tabla 2](#)).

Concordancia entre diagnósticos de CS y USMIJ en el TDAH

Del total de menores derivados con sospecha diagnóstica de TDAH ($n=118$), en el 62,7% ($n= 74$) de los casos sí que se confirmó dicha sospecha, frente a un 26,3% ($n=31$) de los menores derivados en los que se rechazó la misma. El 8,5% ($n= 10$) se emitió un diagnóstico combinado (TDAH y TEA), y el 2,5% ($n=3$) de ellos no sólo se rechazó la sospecha inicial, sino que se diagnosticaron de TEA (Ver [tabla 5](#)).

TEA

La proporción por sexos fue de 8 varones ($n= 38$) por cada 2 mujeres ($n=11$), con un 12,2% de prevalencia de antecedentes perinatales ($n=6$), ningún menor adoptado y un 20,4% de antecedentes psiquiátricos familiares. Del total de menores diagnosticados de TEA, el 34,7% ($n=17$) sí recibieron tratamiento psicofarmacológico y el 2% ($n=1$) no mantuvieron seguimiento ambulatorio en la USMIJ a medio plazo (Ver [tabla 3](#)).

Concordancia entre diagnósticos de CS y USMIJ en el TEA

Respecto a los individuos derivados con sospecha diagnóstica de TEA ($n=58$), el 75,8% ($n=44$) tuvieron

confirmación diagnóstica de TEA. El 10,3% ($n=6$) se rechazó dicha sospecha diagnóstica, el 5,1% de ellos fueron finalmente diagnosticados de TDAH ($n=3$) y un 8,6% ($n=5$) se realizó un diagnóstico combinado de TDAH y TEA.

TDAH y TEA

La proporción por sexos fue de 9 varones ($n= 16$) por cada 1 mujer ($n=2$), con un 11,1% de prevalencia de antecedentes perinatales ($n=2$), ningún adoptado y un 5,6% de antecedentes psiquiátricos familiares ($n=1$). Del total de menores diagnosticados de TDAH y TEA, todos 100% ($n=18$) recibieron tratamiento psicofarmacológico y mantuvieron seguimiento ambulatorio en la USMIJ a medio plazo (Ver [tabla 4](#)).

Concordancia entre diagnósticos de CS y USMIJ en el TDAH y TEA

En la USMIJ se diagnosticó un 9,8% ($n=18$) de menores con combinación de TDAH y TEA. Conviene destacar el hecho de que sólo 5 menores fueron derivados por sospecha combinada de TDAH y TEA (2,7%) (Ver [tabla 6](#)).

DISCUSIÓN

TDAH

En cuanto a las **diferencias por sexo**, hemos constatado la misma tendencia descrita en la bibliografía, obteniendo en nuestro caso una ratio incluso levemente superior (8H:2M) frente estudios previos (7H:2M) (6). Estas diferencias sugieren que el sexo femenino tiene una mayor probabilidad de no recibir diagnóstico de trastorno mental (potencial infradiagnóstico), probablemente también debido a una expresión más disfuncional, florida o disruptiva en los niños varones (32).

En consonancia con estudios previos, hemos obtenido cierta presencia de factores ambientales: 5% de antecedentes perinatales (33) y un 2,1% de menores adoptados (10).

Un escaso 10,3% de la muestra no mantuvo seguimiento ambulatorio en la USMIJ a medio plazo, probablemente debido a que se trata de un trastorno

que tiene asociado un elevado impacto negativo a nivel funcional, personal y social, lo que requiere en muchos casos de tratamiento farmacológico (82,1%) y seguimiento posterior.

Por otra parte, un hallazgo llamativo es que en un porcentaje elevado de los pacientes derivados por sospecha de TDAH (26,27%), no se evidenció este trastorno mental. Este elevado porcentaje puede estar en correlación con un sobrediagnóstico de este trastorno; planteamiento ya reflejado en estudios previos (30). Existen diversos factores que pueden influir en el sobrediagnóstico, como el alto nivel de presión asistencial en atención primaria, el tiempo disponible para cada consulta y los conocimientos deficitarios.

Respecto al porcentaje de coincidencia en el diagnóstico de TDAH, el 62,7% de los pacientes sí coincidieron, lo que nos permite afirmar que existe un elevado grado de coincidencia en el diagnóstico.

A pesar de que no nos encontramos ante una entidad nosológica de reciente aparición, los datos que existen en la bibliografía nacional e internacional para la comparación de los actuales hallazgos son escasos. En dos estudios nacionales previos, el porcentaje de coincidencia obtenido resultó ser bastante inferior: el diagnóstico sólo se confirmó en un 20% (30) y un 36% (31) de los casos derivados con sospecha de TDAH. Es necesario destacar que ambos estudios no son muy recientes, datando de 2009 y 2011, respectivamente. Una posible explicación de este fenómeno, además del creciente interés existente en pediatría por este trastorno, es la mejora en los protocolos de coordinación entre el centro escolar y pediatría para la derivación de los posibles casos de TDAH. Según este protocolo, el orientador escolar debe evaluar inicialmente al menor, lo que incluye una entrevista con los profesores y los padres, con aplicación de cuestionarios. A partir de esta valoración, si se confirmara la existencia de criterios suficientes para el diagnóstico, se recomienda la derivación desde pediatría a Salud Mental. De esta manera, en un porcentaje importante de casos, la derivación del pediatra se basa en una sospecha diagnóstica del centro escolar, desde donde deben aportar un informe educativo (34).

TEA

Nuestros resultados obtenidos respecto a las **diferencias por sexo** (77.6% masculino: 22.4% femenino) es una proporción bastante cercana a la literatura internacional (35, 36).

La **edad media** es 5,8 años, teniendo el menor de los sujetos 1 año y 6 meses y el mayor 14 años. Numerosos autores sugieren la búsqueda de señales de alarma o manifestaciones psicopatológicas desde edades muy tempranas, ya que no existe una prueba específica que indique de forma fehaciente si el niño presenta o no el trastorno, siendo la observación clínica y evaluación continua fundamentales para detectarlo (37).

Nuestra prevalencia de **antecedentes perinatales** (12,2%, concretamente destacando la presencia de factores infecciosos en 3 de ellos: meningitis, corioamnionitis y bacteriemia), resulta ser inferior a los porcentajes de la bibliografía internacional (43%). En cuanto a la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos (20,4%), destacan concretamente la presencia de trastornos psicóticos en 3 de ellos y TEA en familiares de otros 3.

Este estudio presenta varias limitaciones que pueden afectar a la generalización de las conclusiones. Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que todos los diagnósticos han sido realizados en una única USMIJ. Además, existe un potencial sesgo en el procedimiento utilizado para conseguir la información, ya que el método empleado para el registro de la misma (retrospectivamente) no está adecuadamente estandarizado. Como fortalezas hay que destacar la dilatada experiencia clínica de los profesionales involucrados (tanto pediatras, médicos de medicina familiar y comunitaria y psiquiatras infanto-juveniles), así como la clara predisposición a la colaboración y coordinación que se pretende reforzar entre las referidas especialidades médicas. Como línea de futura investigación se sugiere que dicho estudio sea replicado en un estudio multicéntrico a nivel nacional, para así poder confirmar o rechazar los datos aquí presentados.

El porcentaje de coincidencia del diagnóstico de TEA entre los sujetos derivados por Pediatría y

Medicina Familiar y Comunitaria y el diagnóstico definitivo de TEA por parte de los especialistas de Salud Mental infanto-juvenil fue muy elevado (84,5%).

La detección certera y temprana de los TEA es de suma importancia para un desarrollo óptimo de las personas afectadas, permitiendo mejorar el pronóstico global y la calidad de vida de los niños con TEA, promoviendo así su futura inserción a nivel social (22, 38, 29).

Por todo lo referido con anterioridad, podemos concluir ratificando un buen nivel de coincidencia diagnóstica entre Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Mental. Este dato positivo posiblemente es un indicador que refleja el adecuado nivel de coordinación alcanzado entre ambos niveles asistenciales fruto de la tendencia a la intervención desde una perspectiva multidisciplinar, así como un adecuado nivel formativo de los médicos especialistas en Pediatría y Medicina Familiar y Comunitaria. Sin duda, una adecuada coordinación entre dichos especialistas conllevará mejores sospechas diagnósticas, derivaciones más certeras, una mayor coincidencia diagnóstica y una mejor elección del tratamiento más adecuado por parte de los especialistas de las USMIJ.

Todo ello redundará directamente en una mejora en la calidad de atención a nuestros menores, una mejora previsible en el pronóstico de las patologías mentales, siendo el papel de los pediatras un factor clave en todo este proceso.

ABREVIATURAS

Organización Mundial de la Salud
OMS
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TDAH
Trastorno del Espectro del Autismo
TEA
Centros de Salud
CS
Médico de Atención Primaria
MAP
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil
USMIJ
Atención Primaria

AP
Equipo de Orientación Educativa y
Psicopedagógica
EOEP
Manual de Criterios Diagnósticos-5
DSM-5

FINANCIACIÓN

El presente trabajo ha sido realizado sin financiación alguna.

CONTRIBUCIONES

G. Pérez-Mora, J. Herrera-Rodríguez y M. Alemán-Gutiérrez realizaron el diseño del estudio, recopilación y análisis estadístico de los datos, redacción y revisión del artículo.

REFERENCIAS

1. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3): 345-65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
2. Patel V, Flisher AJ, Hetrik S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007;369(9569): 1302-13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
3. United Nation Children's Fund. The state of the World's children 2021: On my mind - promoting, protecting and caring for children's mental health. New York: UNICEF; 2021.
4. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1): 281-95. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
5. Klasen H, Crombag AC. What works where? A systematic review of child and adolescent mental health interventions for low and middle income countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(4): 595-611. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0566-x>

6. Froehlich TE, Lanphear BP, Epstein JN, Barbaresi WJ, Katusic SK, Kahn RS. Prevalence, recognition, and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a National sample of US children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(9): 857-64. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.9.857>
7. Canals J, Morales P, Roigé J, Voltas N, Hernández C. Prevalence and Epidemiological Characteristics of ADHD in Pre-School and School Age Children in the Province of Tarragona, Spain. *J Atten Disord.* 2021;25(13): 1818-33. <https://doi.org/10.1177/1087054720938866>
8. Kian N, Samieefar N, Rezaei N. Prenatal risk factors and genetic causes of ADHD in children. *World J Pediatr.* 2022;18(5): 308-19. <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00524-6>
9. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry.* 2013;54(1): 3-16. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>
10. Fernández D, Fernández AL, López S, Pelaz A, Fernández A. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad y adopción. *Rev Neurol.* 2015;60(Supl 1): S103-7. <https://doi.org/10.33588/rn.60S01.2014563>
11. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? *Mental Retardation Developmental Disabilities. Rese Rev.* 2002;8(3): 151-61. <https://doi.org/10.1002/mrdd.10029>
12. Zeidan J, Fombonne E, Scolah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Res.* 2022;15(5): 778-90. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>
13. Fombonne E. The epidemiology of child and adolescent psychiatry disorders: Recent developments and issues. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale.* 1998;7(3): 161-6. <https://doi.org/10.1017/s1121189x0000734x>
14. Alcantud, F, Alonso Y, Mata S. Prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista: Revisión de datos. *Siglo Cero.* 2017;47(4): 7-26. <https://doi.org/10.14201/scero2016474726>
15. Iles A. Autism Spectrum Disorders. *Prim Care.* 2021;48(3): 461-73. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2021.04.003>
16. Mardomingo M, Parra E. Factores pre y perinatales en el autismo infantil precoz. *Rev Española Neurología.* 1991;6: 551-4.
17. Espinosa E, Mera P, Toledo D. Trastorno del espectro autista: caracterización clínica en pacientes de dos centros de referencia en Bogotá, Colombia. *Rev Fac Med.* 2018;26(1): 34-44. <https://doi.org/10.18359/rmed.3990>
18. O'Roak BJ, State MW. Autism genetics: strategies, challenges, and opportunities. *Autism Res.* 2008;1(1): 4-17. <https://doi.org/10.1002/aur.3>
19. Piven J, Palmer P, Landa R, Santangelo S, Jacobi D, Childress D. Personality and language characteristics in parents from multiple-incidence autism families. *Am J Med Genet.* 1997;74(4): 398-411. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-8628\(19970725\)74:4<398::AID-AJMG11>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-8628(19970725)74:4<398::AID-AJMG11>3.0.CO;2-D)
20. Cummings JR, Lynch FL, Rust KC, Coleman KJ, Madden JM, Owen-Smith AA, et al. Health services utilization among children with and without autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disorders.* 2016;46(3): 910-20. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2634-z>
21. Carmenate I, Salas Y. Perfil sociodemográfico de los trastornos del espectro autista en Sancti Spiritus. *REMIJ.* 2020; 21(1). <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/275/471>
22. Fortea M, Escandell M, Castro J. Estimación de la prevalencia de los trastornos del espectro autista en Canarias. *Anales de Pediatría.* 2013;79(6): 352-9. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.04.022>
23. Myer L, Stein DJ, Jackson PB, Herman AA, Seedat S, Williams DR. Impact of common mental disorders during childhood and adolescence on secondary school completion. *S Afr Med J.* 2009;99(52): 354-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3203644/>
24. Chan V. Schizophrenia and psychosis: diagnosis, current research trends, and model treatment

- approaches with implications for transitional age youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2017;26(2): 341-66.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.12.014>
25. Fatori D, Salum G, Itria A, Pan P, Alvarenga P, Rohde LA, et al. The economic impact of subthreshold and clinical childhood mental disorders. *J Ment Health.* 2018;27(6): 588-94.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466041>
 26. Biblioteca Virtual en Salud. Descriptores en Ciencias de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
<https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59901>
 27. World Health Organization. Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: WHO; 2015.
 28. Williams J, Klinepeter K, Palmes G, Pulley A, Foy JM. Diagnosis and treatment of behavioural health disorders in pediatric practice. *Pediatrics* 2004;114(3): 601-6.
<https://doi.org/10.1542/peds.2004-0090>
 29. Kelleher KJ, Campo JV, Gardner P. Management of pediatric mental disorders in primary care: where are we now and where are we going? *Curr Opin Pediatr.* 2006;18(6): 649-53.
<https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3280106a76>
 30. Closa H, Acosta FJ, García-Bello MA, Hernández JL. Validez diagnóstica y calidad de las derivaciones desde Atención Primaria a Unidades de Salud Mental en el Trastorno por déficit de Atención e hiperactividad. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil.* 2011;28(3): 51-7. <https://aepnya.eu/index.php/revista-aepnya/article/view/194>
 31. Landa N, Goñi A, García de Jalón E, López-Goñi JJ. Concordancia en el diagnóstico entre pediatría y salud mental. *An Sst Sanit Navar.* 2009;32(2): 161-8. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272009000300003>
 32. Quinn PO. Treating adolescent girls and women with ADHD: gender-specific issues. *J Clin Psychol.* 2005;61(5): 579-87.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20121>
 33. Bitsko RH, Holbrook JR, O'Masta B, Maher B, Cerles A, Saadeh K, et al. Systematic Review and Meta-analysis of Prenatal, Birth, and Postnatal Factors Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Prev Sci.* 2024 May;25(Suppl 2) :203-24.
<https://doi.org/10.1007/s11121-022-01359-3>
 34. Rivas L, García P, Grandío B, Rozados C, Blanco MO, Martínez C. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) ¿Se mantiene el diagnóstico de sospecha realizado en Atención Primaria en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil? *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil.* 2017;34(1): 19-26.
<https://doi.org/10.31766/revpsij.v34n1a2>
 35. Cummings JR, Lynch FL, Rust KC, Coleman KJ, Madden JM, Owen-Smith AA, et al. Health services utilization among children with and without autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disorders.* 2016;46(3): 910-20.
<https://doi.org/10.1007/s10803-015-2634-z>
 36. Zahner G, Pauls D. Epidemiological surveys of infantile autism. En: Cohen D, Donnellan A (eds.). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders.* New York. Wiley. 1987; 199-210.
 37. Mitroulaki S, Serdari A, Tripsianis G, Gundelfinger R, Arvaniti A, Vorvolakos T, et al. First Alarm and Time of Diagnosis in Autism Spectrum Disorders. *Compr Child Adolesc Nurs.* 2020;45(1): 75-91.
<https://doi.org/10.1080/24694193.2020.1834013>
 38. Ruiz-Lázaro PM, Posada M, Hijano F. Trastornos del espectro autista. Detección precoz, herramientas de cribado. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11(17): 381-97.
<https://doi.org/10.4321/S1139-7632200900070009>
 39. Millá MG, Mulas F. Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol.* 2009;48(2): 47-52.
<https://doi.org/10.33588/rn.48S02.2009020>