

Universidad Autónoma de Baja California

Facultad de Medicina

Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California



**LOS TRASTORNOS EXTERNALIZADOS E INTERNALIZADOS COMO CAUSA DE ATENCIÓN DURANTE
UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN LA CLÍNICA INFANTIL DEL INSTITUTO DE PSIQUIATRÍA DEL ESTADO
DE BAJA CALIFORNIA**

Trabajo Terminal para obtener el Título de la especialidad en:

PSIQUIATRÍA

Presenta: Ana Patricia Carrillo Vargas

Asesor experto: Dr. Mario Abad Martínez Cervantes

Asesor metodológico: Dra. Teresa Franco Esquivel

Mexicali, 23 de febrero 2018

HOJA DE DATOS

Nombre del alumno autor del trabajo de tesis:

Ana Patricia Carrillo Vargas

Correo electrónico: drapatricia_carrillo@gmail.com

.....

Firma

Nombre del tutor:

Dr. Mario Abad Martínez Cervantes

Correo electrónico:

Institución donde labora: Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California

.....

Firma

Nombre del tutor:

Dra. Teresa Franco Esquivel

Correo electrónico: dra_francot@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Secretaria de Salud del Estado de Baja California

.....

Firma

Agradecimientos

A Dios por acompañar cada día de mi vida, a mis padres que son mi guía incondicional.

A mi hermana que es mi ejemplo de fortaleza.

A mi amado Carlos que ilumina mis días.

A mis maestros, especialmente al Dr. Hiram Ortega que sin su ayuda no tendría un logro más.

RESUMEN

Antecedentes:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud las enfermedades mentales son una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, siendo 3 de las diez enfermedades más comunes de discapacidad, las enfermedades mentales en una población de 15-44 años. Se estima que una de cada cuatro personas desarrollara alguna enfermedad de tipo mental en el transcurso de su vida. A diferencia de los adultos, los niños y los adolescentes presentan una percepción de la necesidad de atención y la búsqueda efectiva dependen precisamente de los primeros, sean estos padres, familiares responsables, maestros, médicos a cargo de programas de vigilancia de la salud en la comunidad. Para fines didácticos y organizativos dentro de la psicopatología infantil, se determinan categorías en los síntomas, formados en grupos de internalización y externalización.

Los síntomas de internalización afectan al yo y provocan angustia subjetiva; Los síntomas de externalización afectan a los demás y al medio ambiente debido a comportamientos de acting-out.

El total de población de Mexicali de 05-14 años en el año 2016, fueron 318 882 personas reportadas por INEGI. Población total de Mexicali 05-14 años durante 2016

- 05-14 años cumplidos = 318, 882

Población total de Pacientes atendidos 2016 Clínica Infantil IPEBC

- 05-14 años cumplidos = 1, 156

Objetivos:

Conocer la frecuencia de presentación de los trastornos externalizados e internalizados durante el periodo del año 2016 en la Clínica Infantil del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California en los pacientes regulares que asistieron a consulta externa y aceptaron participar en el estudio y describir las características sociodemográficas, escolares y comorbilidades presentes en cada grupo.

Material y métodos:

Estudio descriptivo, transversal. Observacional. No probabilístico. Ya que abarca los pacientes que

asisten a 2 consultorios de forma programada durante el año 2016.

Se realizaron entrevistas dirigidas para aplicar cedula de evaluación sociodemográfica creada ex profeso para esta investigación a pacientes de 05-14 años con su padre o tutor al servicio de consulta externa infantil del instituto de psiquiatría del estado de baja california, usuarios que previamente se identificaron como regulares, durante el periodo de 09-01-2016 al 09-02-2017.

Se leyó el consentimiento informado el cual se firmó por parte del padre o tutor y del investigador para proceder a la aplicación de los instrumentos para la medición de variables estipuladas.

Todos los instrumentos fueron aplicados por el investigador.

Posteriormente se registró la información en una base de datos en Excel, se formaron archivos en carpeta rígida por paciente (asignando un número de caso) para buscar la confidencialidad de los usuarios.

Finalmente se utilizó el programa Statgraphics Centurion XV para el análisis estadístico.

Resultados:

Se atiende un mayor porcentaje de pacientes de género masculino, con edad promedio de 9 años que cursan el tercer año de primaria aproximadamente, el 80 % son alumnos regulares.

Para la mayoría de los padres, los trastornos externalizados son la enfermedad más identificada, el 11 % de los usuarios presentan comorbilidad médica, con enfermedades alérgicas, asma e infecciones de repetición.

El 80% de los pacientes entrevistados se encuentran bajo tratamiento psicofarmacológico, la clase más reportada corresponde a los estimulantes como el Metilfenidato, complementariamente el 50 % de los usuarios toma psicoterapia grupal dentro de la clínica infantil.

Se reportan 16 % de los usuarios como víctimas de abuso sexual, el 94% de los entrevistados niega el consumo de sustancias adictivas alguna vez en la vida. La mayoría de los usuarios reportan vivir con ambos padres en la ciudad de Mexicali.

El diagnóstico mayor reportado según el expediente electrónico es Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en un 96%, seguido por Trastorno Depresivo Mayor en un 14 %.

Acerca de los familiares se puede observar que las madres tienen una edad promedio de 34 años y

tienen escolaridad secundaria. Los padres una edad promedio de 39 años y escolaridad secundaria.

El 27 % de los pacientes presenta antecedente de psicopatología en la familia, siendo los hermanos los más reportados, se reporta el 41 % de psicopatología en los padres, las más reportadas fueron adicciones.

En el grupo de trastornos internalizados el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, grupo (F32) formado en su mayoría por pacientes de género femenino, y para el grupo de trastornos externalizados el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, grupo (F90) en su mayoría presenta usuarios del género masculino.

La edad promedio del grupo de trastornos internalizados es de 12 años y cursan nivel secundario, en comparación al grupo de externalizados que en promedio tienen 9 años y cursan nivel primario.

Se observa que pacientes del grupo de trastornos externalizados requirió mayor apoyo a nivel académico como educación especializada o grupos de apoyo.

Dentro de los pacientes que se asoció comorbilidad médica, la de tipo metabólica es frecuente en el grupo de trastornos internalizados, en comparación con lo reportado para el grupo de trastornos externalizados que se asoció más con enfermedades respiratorias.

Se reporta un aumento de abuso sexual reportado en el grupo de trastornos internalizados.

No se observa diferencia entre ambos grupos para consumo de drogas.

Existe un aumento en el reporte de antecedente de psicopatología en padres para el grupo de trastornos externalizados.

Conclusiones:

Con este trabajo se logra tener una idea de la población que recibe atención por grupo de padecimiento en la clínica infantil del Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California (IPEBC) y con estos datos conocer sobre las características clínicas de ambos grupos, sus diferencias sociodemográficas y escolares, sin embargo, no se pueden asociar variables ya que únicamente es un trabajo descriptivo.

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	1
Índice de tablas y gráficos.....	5
1. INTRODUCCION	8
2. MARCO TEORICO	10
-Panorama general de las enfermedades mentales en Niños y adolescentes	
-Epidemiología de salud mental en México.....	12
- Trastornos internalizados.....	16
- Trastornos externalizados.....	27
-Prevención de los trastornos mentales	29
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	30
4. JUSTIFICACION.....	30
5. HIPOTESIS.....	30
6. OBJETIVOS.....	30
7. MATERIAL Y METODOS	
Tipo de diseño.....	31
Muestra.....	31
Datos sociodemográficos.....	31
Criterios de inclusión.....	32
Criterios de exclusión.....	32
Criterios de eliminación.....	32
Consideraciones éticas.....	32
Procedimiento.....	32
Variables.....	34
Análisis estadístico.....	34
8. RESULTADOS.....	35
9. DISCUSION.....	61
10. CONCLUSIONES.....	63
11. ANEXOS.....	65
12. REFERENCIAS.....	71

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA No.	Título de Tabla	Página
1	Variables	34
2	Frecuencia de género	35
3	Distribución de escolaridad	35
4	Recursamiento escolar	36
5	Recurso escolar	36
6	Conciencia de enfermedad	37
7	Tipo de enfermedad que los padres consideran como Dx de sus pacientes	37
8	Frecuencia para comorbilidad médica	38
9	Frecuencia de enfermedades en comorbilidad médica	38
10	Frecuencia de tratamientos con psicofármacos	39
11	Frecuencia de grupos de psicofármacos	39
12	Pacientes que acuden a psicoterapia en IPEBC	40
13	Frecuencia de abuso sexual	41
14	Frecuencia para consumo de Drogas	41
15	Frecuencia para tipo de droga consumida	42
16	Frecuencia para crianza de pacientes	42
17	Edad materna	43
18	Escolaridad materna	43
19	Edad paterna	43
20	Escolaridad paterna	43
21	Frecuencia de Psicopatología en familiares	44
22	Tipo de familiares con Psicopatología	44
23	Frecuencia de psicopatología en padres	45
24	Frecuencia para psicopatología en padres	45
25	Frecuencia para localidad	46
26	Frecuencia para diagnóstico CIE 10	47
27	Frecuencia para CIE 10 por Genero	48
28	Diagnósticos por edades	49
29	Comparación según diagnóstico clínico	49

30	Distribución de apoyo escolar	50
31	Frecuencia Dg de CIE 10 por Grado Escolar	51
32	Frecuencia Dg de CIE 10 por Recursamiento Escolar	52
33	Frecuencia de Dg CIE 10 por Tx Farmacológico	55
34	Frecuencia de reporte de abuso sexual	58
35	Reporte de uso de drogas	59
36	Reporte de psicopatología de padres de usuarios	60
37	Distribución de TDAH y TDM	61

Gráfica No.	Título de Gráfica	Página
1	Diagrama de flujo del procedimiento	33
2	Diagrama de sectores de género	35
3	Diagrama de recursamiento escolar	36
4	Frecuencia de los años escolares recursados	36
5	Diagrama de conciencia de enfermedad padres	37
6	Diagrama de enfermedades identificadas por los padres	37
7	Diagrama de comorbilidad médica	38
8	Comorbilidad médica	38
9	Diagrama de tratamientos psicofármacos	39
10	Diagrama de grupo de psicofármacos	39
11	Diagrama de Psicoterapia Grupal	40
12	Diagrama de abuso sexual	41
13	Diagrama de uso de drogas	41
14	Diagrama de tipo de droga consumida	42
15	Diagrama de crianza de pacientes	42
16	Psicopatología Familiar	44
17	Familiar con psicopatología	44
18	Psicopatología en padres	46
19	Tipo de psicopatología en padres	46
20	Localidad	46
21	Diagnostico CIE 10	47

22	Diagnóstico CIE 10 por género	48
23	Diagnóstico CIE 10 según apoyo escolar	50
24	Diagnóstico CIE 10 según Grado escolar	52
25	Diagnóstico CIE 10 según recursamiento escolar	53
26	Conciencia de enfermedad en padres	53
27	Comorbilidad no Psiquiátrica	54
28	Diagnóstico CIE 10 según Comorbilidad	54
29	Diagnóstico CIE 10 según Tx Farmacológico	56
30	Diagnóstico CIE 10 según Clase de farmacó utilizado	56
31	Diagnóstico CIE 10 según asistencia a psicoterapia	57
32	Diagnóstico CIE 10 según reporte de abuso sexual	58
33	Diagnóstico CIE 10 según uso de drogas	59
34	Diagnóstico CIE 10 según psicopatología padres	60

INTRODUCCIÓN

La salud Mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores: sociales, ambientales, biológicos y psicológicos e incluye patologías como depresión, ansiedad, esquizofrenia, demencias, trastornos del desarrollo entre otros, datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades no psiquiátricas de curso crónico. Además, se han relacionado las enfermedades mentales con el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, contribuir a lesiones no intencionales e intencionales, lo que nos deja un amplio panorama de investigación.

De acuerdo con la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, se define Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera siendo capaz de hacer contribuciones a su comunidad. (OMS 2004)

La Organización Mundial de la Salud durante el 2011 define metas en relación con la salud mental como: prevención de estos, fomentar la salud integral en la población mundial mediante educación y saneamiento del medio psicosocial, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación de forma colectiva.

Por todo lo anterior podemos definir a un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitiva y/o del comportamiento, en que se quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, al aprendizaje, el lenguaje entre otros, lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (ENEP, 2003)

Las causas de las enfermedades mentales son múltiples, tienen un componente biológico, genético, ambiental y cultural en su mayoría. Se han determinado factores protectores, así como de riesgo para enfermedad mental en nuestro país. (Figura1) Los factores protectores son situaciones o características individual, familiar o social que funcionan como mecanismos para proteger o fortalecerse ante situaciones de adversidad o riesgo. Éstos moderan el impacto del estrés y regulan

los síntomas transitorios para lograr el bienestar físico y psicosocial, además de reducir la posibilidad de que se presente un trastorno. Por el contrario, los factores de riesgo son todas aquellas condiciones que propician que un trastorno se desarrolle y pueda agravar las circunstancias, el estado de salud físico, emocional o social de la persona, familia o comunidad. (Figura 2)

Se estima más de 500 millones de personas a nivel mundial sufren de algún trastorno mental, se puede decir que una de cada 4 familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental, se estima que el 33 % de los años vividos con discapacidad en todo el mundo se deben a trastornos psiquiátricos, es así que la OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de forma significativa en los próximos 20 años (OMS. Invertir en Salud Mental, 2010)

Entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, siendo el primer lugar la depresión. Los estudios acerca de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia persisten hasta la edad adulta. Hablando específicamente sobre datos en menores de edad, se reporta una prevalencia en la población infantil urbana en la población de 3-12 años de un 13-16 % (INEGI 2005)

Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. Es por esto que se dan lineamientos internacionales por parte de la OMS, que en su actual décima edición mantiene un sistema de clasificación en ejes variables cuyo propósito es la practicidad, universalidad y estadística de los mismos.

Es por el panorama previamente descrito que en el presente trabajo se busca identificar las enfermedades mentales que generan causas de atención en la población infantil y adolescente atendida en la clínica Infantil del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), con el propósito de que en un futuro se logren implementar algunas mejoras en la prevención y detección, así como manejo oportuno, una vez identificadas las patologías que generan mayor número de consultas y los datos socioculturales que las determinan

ANTECEDENTES

De acuerdo con los datos del INEGI en 2010, México cuenta con un total de 112 336 538 millones de habitantes, de los cuales 57.4 millones corresponden a población femenina y 54.8 a población masculina. Siendo un lugar de gran diversidad cultural, social y económica contamos con un territorio de 1,964,375 km, en el que describe la literatura que poco más del 40 % de la población es menor de 18 años, siendo la prevalencia de los problemas de salud mental de la población infantil urbana que tiene entre 3-12 años 16% mediante reportes nacionales, (INEGI 2010) Mientras que la OMS reporta el 26% de prevalencia en niños y adolescentes (IESM-OMS 2011)

La carga mundial de trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud las enfermedades mentales son una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, siendo 3 de las diez enfermedades más comunes de discapacidad, las enfermedades mentales en una población de 15-44 años. Se estima que una de cada cuatro personas desarrollara alguna enfermedad de tipo mental en el transcurso de su vida. (OMS,2011).

De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33 % de los años vividos con discapacidad son causados por trastornos neuropsiquiátricos, por otra parte, a estas enfermedades se les imputa el 13 % de los años de vida ajustados por discapacidad. (Mont D, 2007)

Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) son usados como unidad de medición en salud ya que en su cálculo se combinan los años potenciales de vida perdidos más los años vividos con discapacidad, son indicadores que resumen y comparan el impacto de los riesgos (mortales y no mortales) entre comunidades a lo largo del tiempo, se ha descrito en la literatura que para el año 2020 se calcula que aumentaran a un 15%. de AVAD (Gold MR, 2002)

A diferencia de los adultos, los niños y los adolescentes presentan una percepción de la necesidad de atención y la búsqueda efectiva dependen precisamente de los primeros, sean estos padres, familiares responsables, maestros, médicos a cargo de programas de vigilancia de la salud en la comunidad.

Es durante la adolescencia donde se favorecen conductas de riesgo y al complicarse con ellas se generan mayores tasas de morbilidad con indicadores moderados o graves de disfuncionalidad.

Los estudios de la psicopatología del desarrollo han mostrado que algunos problemas y trastornos iniciados en la infancia persisten hasta la edad adulta, y se asocian con otros trastornos psiquiátricos. Por lo que se considera como una de las grandes metas para la salud mental el reducir la carga de enfermedad y con ello lograr una prevención y tratamiento oportuno para mejorar la calidad de vida en la población mexicana.

Para lograr estas metas, se mantiene una vinculación entre diversas áreas de la medicina, entre ellas la epidemiología, que se define como el estudio de la distribución y determinantes de las enfermedades en poblaciones humanas, los epidemiólogos investigan las interacciones que podrían estar presentes entre el huésped, el agente y el medio para que se genere una enfermedad, sin ser excepciones las enfermedades mentales.

La meta principal es identificar la etiología de un proceso mórbido, para poder crear acciones de prevención o intervención oportuna en la enfermedad, para lograr este objetivo, primero se requiere un análisis de prevalencia y distribución de la enfermedad en una población, lugar y momento para posteriormente realizar estudios más específicos y determinar la causalidad de la enfermedad.

Se reporta en el año 2005 por la OMS un consenso mundial sobre la salud mental infantil denominado ATLAS, en él se describen factores de riesgo para enfermedades mentales como: bajo nivel socioeconómico, la desintegración y psicopatología familiar, el daño temprano físico y psicológico, temperamento difícil, violencia e impedimento intelectual, en el otro extremo se describen los factores protectores como una crianza sensible con autoridad de los padres, las oportunidades educacionales, autonomía psicológica y buena salud física, por lo que sería de suma importancia incorporar algunos datos socioculturales de la población tratada en IPEBC.

Por otra parte, sabemos que la disfuncionalidad es uno de los criterios más relevantes en el diagnóstico de enfermedades mentales, las prevalencias reportadas en los niños reflejan el impacto que a corto plazo tendrá en la salud pública, por lo que esperamos que los resultados y análisis entreguen información relevante y con ella aumentar y perfeccionar los programas de salud mental infantil en la comunidad.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.

Uno de los objetivos de la epidemiología científica es el medir la magnitud de los trastornos psiquiátricos y los servicios de salud mental como se ha mencionado con anterioridad, Los estudios demuestran una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, considerando 1 de cada 5 niños afectados, sin agregar el criterio de discapacidad intelectual, se estima que sólo el 16% de ellos recibirá atención y muchos que son atendidos no tenían un trastorno psiquiátrico (De la Barra Flora 2009).

Se analizó una muestra de 3005 adolescentes entre 13-17 años para medir la prevalencia de trastornos psiquiátricos en el último año, se encontró una prevalencia de 39.4% de trastornos psiquiátricos, de los cuales para trastornos de ansiedad fue el 29.8 %, trastornos de conducta 15.3 % y para trastornos del ánimo 7.2% siendo los más prevalentes en la población estudiada (Benjet C, Borges G 2009). Tomando en cuenta que la epidemiología puede ayudar a la planificación de servicios, y que esta sea guiada por las evidencias y las necesidades de la población estudiada. En el caso de los niños se muestran en diversas publicaciones que los problemas familiares determinan la referencia en gran medida que la psicopatología del niño, siendo así que las necesidades insatisfechas son mayores en niños de bajo nivel socioeconómico y en familias con psicopatología parental. (Rutter M 2008) Por la proporción de niños con trastornos mentales que no reciben atención especializada, se demostró que la atención en los servicios de salud mental estaba determinada por tres factores: el impacto de la psicopatología en los padres, contacto previo con profesores o profesionales de salud primaria y la percepción de los padres que el niño tiene problemas (Ford T 2008)

Resumiendo, podemos decir que la epidemiología psiquiátrica infantil incluye: precisión en la clasificación y evaluación, inclusión de niños de menor edad en las investigaciones epidemiológicas, integración de la epidemiología psiquiátrica de niños y adultos, y la evaluación tanto de los trastornos físicos como mentales en los niños. (Kathleen R 2009) a diferencia de la epidemiología descriptiva, que define la prevalencia como el número de casos existentes en una población determinada durante un periodo específico en el tiempo. siendo tasas ajustadas a género, edad en relación con una población base.

Los estudios epidemiológicos también son diseñados para identificar factores de riesgo que influyen en la aparición de enfermedades en la población general. (Roberts RE,2007)

Podemos concluir que la aplicación de la epidemiología a la psiquiatría trae como consecuencia el inicio de las mediciones estructuradas y semiestructuradas, como lo son las entrevistas diagnósticas, las cuales están diseñadas con bases estadísticas, estimaciones de prevalencia en relación con las enfermedades mentales.

Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino también aumentan el riesgo de enfermedades físicas, teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento para disminuir la discapacidad que originan, se ha considerado como el único método sostenible para combatir la carga de enfermedad es la prevención, pudiendo recalcar que ya se han determinado factores de riesgo y de protección en diferentes etapas de la vida, gracias a la epigenética se sabe la importancia del ambiente y la capacidad que ejerce sobre la enfermedad el poder realizar cambios en etapas tempranas de la vida.

Desde hace algunos años se han reconocido las principales determinantes socioeconómicas y ambientales de la salud mental, siendo los más relevantes y con mayor evidencia científica: la pobreza, la guerra, la desigualdad social (Banco Mundial, 2000) Otros macrofactores descritos en la literatura son; la migración, la discriminación racial y la inestabilidad económica, han sido altamente vinculados con mayores niveles de sintomatología psiquiátrica y su morbilidad. Es importante mencionar que los factores de riesgo y protección pueden ser de tipo biológico, emocional, cognitivo, conductual, interpersonales o relacionados al contexto familiar.

Se ha observado que estos factores pueden tener un mayor impacto en la salud mental durante periodos críticos del desarrollo a lo largo de la vida. En la niñez y adolescencia se han detectado factores de riesgo puntuales como: tener acceso a drogas y alcohol, falta de educación, rechazo o maltrato de compañeros, nutrición deficiente, pobreza, migración, violencia interpersonal o familiar, estrés. Por otro punto los factores de protección asociados son el fortalecimiento, la integración de minorías, interacciones interpersonales positivas, participación social, redes familiares de apoyo.

Entre los determinantes de mayor impacto para presentar enfermedad mental en la niñez se describe el ser víctima de algún tipo de abuso, enfermedad mental de padres, edad materna y problemas relacionados durante el embarazo, discordia marital y consumo de alcohol en los padres. (Hoefnagels, 2005)

Se reporta en el año 2005 por la OMS un consenso mundial sobre la salud mental infantil denominado ATLAS, en él se describen factores de riesgo para enfermedades mentales como: bajo nivel socioeconómico, la desintegración y psicopatología familiar, el daño temprano físico y psicológico, temperamento difícil, violencia e impedimento intelectual, en el otro extremo se describen los factores protectores como una crianza sensible con autoridad de los padres, las oportunidades educacionales, autonomía psicológica y buena salud física, por lo que sería de suma importancia incorporara algunos datos socioculturales de la población tratada en IPEBC.

Por otra parte, sabemos que la disfuncionalidad es uno de los criterios más relevantes en el diagnóstico de enfermedades mentales, las prevalencias reportadas de las mismas en los niños reflejan el impacto que a corto plazo tendrá en la salud pública, por lo que esperamos que los resultados y análisis entreguen información relevante y con ella aumentar y perfeccionar los programas de salud mental infantil en la comunidad. De acuerdo con la literatura, los síntomas infantiles por los que se acude en busca de ayuda a los servicios de salud mental se han agrupado en dos categorías: manifestaciones externalizadas: con una prevalencia nacional del 2.38% e internalizadas con una prevalencia nacional del 4.46 %, siendo del primer grupo los reportados como más frecuentes la hiperactividad, inatención, impulsividad, son los síntomas a los que con mayor premura se acude. A su vez las manifestaciones internalizadas incluyen principalmente las relacionadas con la angustia, los estados alterados del ánimo y para éstas se reconoce un mayor retraso en la atención (Rutter M, 1975)

Aunque existen diferencias considerables en los resultados de acuerdo con las características metodológicas de los estudios, los hallazgos demuestran que una cuarta parte de los niños y jóvenes sufre algún trastorno mental en el último año y cerca de la mitad lo presenta a lo largo de la vida.

Los trastornos de ansiedad son las condiciones más frecuentes en los niños, seguidos por los trastornos de conducta, los trastornos de ánimo y los trastornos por el uso de sustancias. Las variaciones en la frecuencia de la magnitud de los trastornos de la niñez a través del mundo se pueden atribuir a factores metodológicos y también a válidas diferencias culturales.

Menos de la mitad de los jóvenes con trastornos mentales actuales reciben tratamientos especializados de salud mental, son aquellos con los trastornos más graves los que tienden a recibir los servicios de salud mental. (Kathleen R 2009)

En algunos artículos reportados en población mexicana se describe la prevalencia de los diferentes síndromes en la población, se ha demostrado que los síndromes sugestivos de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como los síndromes sugestivos de un trastorno depresivo, son los más frecuentes, concordando con la demanda de consulta externa atendida en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro durante el 2003, siendo 33.7% correspondiente a trastornos hipercinéticos y 18% a trastornos afectivos. (Benjet C, 2004)

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, se reportó que 2 % de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con una duración de 31 meses en promedio (De la Fuente R, 1997)

TRASTORNOS INTERNALIZADOS Y EXTERNALIZADOS

Todo el funcionamiento mental, ya sea normal o anormal, es mediado por el cerebro. Por lo tanto, ningún niño y adolescente con trastorno psiquiátrico se puede pensar que no está relacionados con el cerebro. Sin embargo, hay una categoría separada de trastornos en los que la estructura del propio cerebro está desordenada o en la que las funciones neurológicas básicas se alteran para que el funcionamiento mental normal no pueda resultar.

Esto es más obvio en aquellos trastornos que resultan de alteraciones morfológicas de la estructura cerebral debido a un agente o evento nocivo, o debido a un déficit neurobiológico que afecta seriamente la organización y desarrollo del cerebro.

La clasificación del trastorno mental en la infancia y la adolescencia no es muy satisfactoria. Las principales clases de trastornos mentales, tal como se establecen en la CIE-10, se derivan principalmente de manifestaciones de trastornos en la edad adulta con una consideración insuficiente de los aspectos de desarrollo en la infancia y la adolescencia. Por lo tanto, la CIE-10 como el DSM-V no se consideran el marco pertinente para la clasificación de trastornos cerebrales en la infancia y la adolescencia por lo que en este trabajo se usarán clasificaciones más didácticas, pensando en una visión didáctica de la psicopatología infantil y adolescente.

Para fines didácticos y organizativos, se determinarán categorías en los síntomas de internalización y externalización. La distinción a menudo no es clara debido a la naturaleza intrínseca de un trastorno dado.

Los síntomas de internalización afectan al yo y provocan angustia subjetiva; Los síntomas de externalización afectan a los demás y al medio ambiente debido a comportamientos de acting-out. Por ejemplo, en el trastorno bipolar, los síntomas de internalización y externalización suelen mezclarse. La distinción también puede estar borrosa debido a trastornos comórbidos (por ejemplo, características suicidas o depresivas en niños que tienen trastorno de conducta). Una combinación de síntomas de internalización y externalización es la regla y no la excepción en niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos (Cepeda, 2010)

Los síntomas de internalización se relacionan con angustia subjetiva o dolor psicológico; Incluyen síntomas depresivos, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos psicóticos y esquizoides.

La evaluación de los síntomas de internalización requiere una amplia base de conocimientos sobre la configuración y los componentes de los trastornos de internalización y la familiaridad con el DSM-V (American Psychiatric Association 2013).

Los síntomas externalizantes incluyen comportamientos hiperactivos e impulsivos, comportamientos agresivos y violentos, rasgos de manía e hipomanía, comportamientos de oposición y abuso de sustancias.

Los trastornos externalizados pueden existir como trastornos primarios o comórbidos.

TRASTORNOS INTERNALIZADOS

Trastornos psicóticos

Históricamente, el término "esquizofrenia infantil" también se usó para describir el autismo infantil, aunque esto ha sido abandonado hace mucho tiempo.

Definición y clasificación

Las características clave de la esquizofrenia son las de perturbaciones perceptivas marcadas, a menudo acompañadas de impedimentos sociales y personales, pero generalmente ocurren en conciencia clara y sin acompañamiento sostenido de trastorno depresivo o de estado de ánimo exaltado. Estos síntomas se reflejan en los criterios de diagnóstico de la ICD-10 y del DSM-V para la esquizofrenia

Prevalencia e incidencia

Los estudios retrospectivos de los pacientes adultos de esquizofrenia sugieren que el 20 por ciento de inicio sus síntomas psicóticos antes de la edad de 20 años y el 5 por ciento a antes de la edad de 15 años. Existe un acuerdo general de que es de los trastornos raros (prevalencia ~0,2% de los jóvenes de 13 a 19 años) y que su incidencia y tasas de prevalencia aumentan notablemente durante los años de la adolescencia.

La esquizofrenia con aparición en la adolescencia parece ser más común en los varones que en las mujeres en la mayoría de los estudios en una proporción de hasta 2: 1. Ha habido muy poco estudio de cualquier variabilidad en las tasas o presentaciones entre los adolescentes enfermos de diferentes grupos étnicos y culturales, aunque se han demostrado variaciones consistentes relacionadas con las interacciones entre los factores étnicos y culturales o sociales en los estudios entre pacientes adultos.

Principales características y síntomas

Los rasgos centrales de la esquizofrenia son los de creencias y percepciones distorsionadas («síntomas positivos»), de desorganización de pensamientos y afectos («síntomas desorganizados») y de pérdida de impulso, volición y respuesta emocional («síntomas negativos»). Estos pueden manifestarse agudamente o pueden desarrollarse insidiosamente con progresiva mayor anomalía de la experiencia, el pensamiento y el comportamiento gradualmente se hacen evidentes. En algunos casos hay un período prolongado de aumento de la anormalidad conductual no específica y del deterioro social y educativo / profesional (el llamado "período prodrómico") que precede a la evidencia de una perturbación más franca.

El nivel intelectual y la etapa de desarrollo del niño también influirán en la descripción de estas experiencias y, a veces, será difícil distinguir delirios de la fantasía infantil normal o alucinaciones de imágenes vivas.

La etiología de la esquizofrenia es multifactorial y no se conoce con precisión.

- Existe un componente genético sustancial, muy probablemente relacionado con las interacciones de varios genes diferentes. Parientes de primer grado de alguien que sufre de esquizofrenia tienen un riesgo de un 15 por ciento de desarrollar el trastorno por sí mismos.
- Los estudios post-mortem y los estudios de neuroimagen muestran un aumento en las tasas de anomalías estructurales y funcionales del cerebro, particularmente en el volumen cerebral y en el tamaño ventricular, lo que sugiere que al menos algunos casos tienen una causa neurodegenerativa
- El abuso de sustancias puede actuar como un factor provocador o precipitante en un episodio agudo en un individuo ya predispuesto, pero sólo hay pruebas limitadas de que tiene un papel causal primario. Tampoco hay evidencia de que los factores ambientales familiares sean causales, aunque pueden desempeñar una parte significativa en el curso subsiguiente del trastorno

Diagnóstico

El pilar del diagnóstico es una entrevista clínica exhaustiva basada en múltiples informantes (joven, padres / cuidadores, escuela), junto con una evaluación física apropiada incluyendo el examen y las investigaciones. Hay, sin embargo, algunas herramientas de entrevista estructurada que pueden ser útiles para aclarar la naturaleza precisa de los síntomas psicóticos.

Tratamiento

En la medida de lo posible, los clínicos buscarán el acuerdo y la cooperación tanto del joven como de sus padres / cuidadores en cualquier plan de tratamiento. En contraste con la mayoría de los otros trastornos psiquiátricos que ocurren en niños y adolescentes, la farmacoterapia juega un papel esencial en el manejo de la esquizofrenia.

No hay evidencia de ninguna diferencia en la eficacia entre los diversos fármacos antipsicóticos atípicos (con la excepción de la clozapina en casos que de otro modo son resistentes al tratamiento) y, por lo tanto, las preferencias clínicas y del paciente generalmente determinan qué se prescribe.

- Sin embargo, el tratamiento con fármacos antipsicóticos debe continuar durante un período de por lo menos 18 a 24 meses después de la recuperación y luego retirarse gradualmente bajo estrecha vigilancia psiquiátrica. El momento de esta reducción debe evitar la concurrencia con eventos estresantes de la vida y ser determinado en una negociación cuidadosa con el joven y sus cuidadores, ya que conlleva un mayor riesgo de recaída en los meses inmediatamente posteriores al cese.

Intervenciones psicológicas

En sus fases agudas, el enfoque principal es proporcionar apoyo e información tanto al joven como a la familia. El calendario de acción de los fármacos antipsicóticos es lento y es importante que la familia y el joven sean conscientes de ello. (*Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2001).

Episodios depresivos.

Muchos estudios han determinado la prevalencia de los trastornos depresivos, siendo el de mayor prevalencia el trastorno depresivo mayor, en revisiones actualizadas se muestra una media a nivel mundial de 4% siendo el rango del 2-17 % (Costello EJ. Oxford) El aumento de la incidencia de trastorno depresivo se produce durante la adolescencia temprana.

Las tendencias de la edad en la incidencia de la depresión son más fuertes en las niñas que en los varones. Estudios longitudinales en niños y adolescentes a nivel mundial muestran un promedio de aparición del trastorno depresivo mayor entre los 11-14 años de edad, presentando un aumento en la incidencia que continua al inicio de la adultez (Lewinsohn PM, 1993)

Se ha encontrado bajas tasas de depresión entre la raza Afroamericana, y un incremento en los síntomas depresivos en los latinos, particularmente entre mexicanos (Twenge JM, 2002)

Definición y clasificación

La mayoría de los médicos usan actualmente uno de los principales esquemas de adultos para diagnosticar el trastorno depresivo en niños y adolescentes, DSM-V o ICD-10. Los esquemas difieren en pequeñas maneras, pero en el centro de ambos es el concepto de un trastorno episódico de

grados variables de gravedad que se caracteriza por el estado de ánimo deprimido o la pérdida de disfrute que persiste durante varias semanas y que está asociado con ciertos otros síntomas. Ambos esquemas diagnósticos también distinguen entre episodios psicóticos y no psicóticos de depresión. La depresión psicótica, que se caracteriza por el estado de ánimo delirante y alucinaciones congruentes, es muy poco frecuente antes de la mitad de la adolescencia.

Cuadro clínico

El principal síntoma emocional es el estado de ánimo deprimido. El estado de ánimo puede ser descrito como triste o hacia abajo. El niño puede llorar más de lo habitual, pero en algunos casos los pacientes informan que, aunque sienten ganas de llorar, no pueden hacerlo. Algunos niños negarán sentirse tristes, pero admitirán sentirse mal. El joven ya no obtiene tanto placer de la vida: esta anhedonia a veces puede preceder a la depresión del estado de ánimo.

Cambios cognitivos Estos incluyen sentimientos de baja autoestima con una evaluación exagerada de las dificultades de la vida actual. Normalmente, los niños o adolescentes deprimidos no tendrán nada que decir cuando se les pregunte sobre sus puntos positivos. Puede haber dificultades para tomar decisiones, ya sea por falta de confianza o por una dificultad subjetiva con el pensamiento. Cuando la depresión es grave el paciente puede sentir que son malos o se sienten culpables. La desesperación y la impotencia también pueden ser prominentes. Las ideas suicidas son particularmente graves en presencia de tales síntomas.

La baja energía, la apatía, el cansancio y la baja concentración son comunes en el trastorno depresivo. Si no se completan las tareas, los sentimientos de culpa y la falta de confianza pueden empeorar. La información de la escuela puede ser crucial para una evaluación adecuada de la concentración pobre.

Síntomas neurovegetativos Estos incluyen cambios en el apetito, peso, ritmo del sueño, libido, nivel de energía y actividad. Los síntomas somáticos son particularmente comunes en los adolescentes, que pueden presentar al médico con dolor de cabeza, dolor abdominal u otro dolor regional.

Etiología

Las teorías etiológicas actuales sugieren, sin embargo, que la depresión en los jóvenes con más frecuencia surge de la acumulación e interacción durante años de factores biológicos, psicológicos

y sociales. Estos factores comprenden la combinación de (a) influencias genéticas, (b) los efectos de la adversidad crónica, y (c) la precipitación de eventos estresantes. Actúan a través de procesos psicológicos y bioquímicos para producir el síndrome depresivo. Una vez establecido, el síndrome es a menudo prolongado por factores de mantenimiento.

Los factores genéticos son probablemente menos importantes en las condiciones depresivas unipolares que en los trastornos bipolares, representando tal vez el 50 por ciento de la variación de la sintomatología depresiva en los adolescentes. Estudios recientes sugieren que los efectos genéticos son a menudo indirectos, actuando a través de rasgos temperamentales que aumentan la vulnerabilidad al estrés.

Se cree que los procesos psicológicos juegan un papel importante en la mediación del vínculo entre la adversidad y el desarrollo de la depresión. Por ejemplo, en la teoría cognitiva se sugiere que las personas deprimidas desarrollan una visión distorsionada del mundo (como la expectativa de que las cosas siempre salgan mal), que es causada por la adversidad anterior. Cuando el niño experimenta la adversidad actual, estas cogniciones negativas se manifiestan como pensamientos negativos automáticos (por ejemplo, el pensamiento de que "es inútil, yo sabía que no era bueno en eso") y esto conduce a la depresión.

Las teorías biológicas han consistido, en su mayor parte, en extensiones descendentes de modelos desarrollados primero con adultos. La teoría más conocida es la hipótesis de la amina, que propone que la depresión es causada por la subactividad en sistemas de aminas cerebrales. La depresión en los jóvenes también puede estar relacionada con altos niveles de cortisol.

Tratamiento

La gestión clínica inicial de los jóvenes deprimidos depende en gran medida de la naturaleza de los problemas identificados durante el procedimiento de evaluación. El mejor tratamiento de primera línea para el trastorno depresivo moderadamente grave que persiste a pesar de la gestión clínica inicial aún no se ha establecido firmemente en los ensayos comparativos aleatorizados. Muchas autoridades sugieren, sin embargo, que los tratamientos psicológicos orientados a la acción, como la terapia cognitivo-conductual o la psicoterapia interpersonal, suelen ser las intervenciones de

primera elección. Si estos fallan, o no están disponibles, entonces un ensayo de medicación antidepresiva debe ser considerado. Los tratamientos farmacológicos de primera línea son los inhibidores específicos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Una vez que se toma la decisión de prescribir la medicación, es muy importante que se da un curso adecuado. Esto significa garantizar no sólo que se prescriba la dosis correcta, sino también que se haga todo lo posible para garantizar el cumplimiento. Sin embargo, los síntomas como boca seca y malestar gastrointestinal pueden ser un problema y ha habido preocupación por el llamado "síndrome de serotonina". Este «síndrome», que probablemente es mejor considerado como el extremo del continuo de la toxicidad, se caracteriza por alteraciones en la cognición, el comportamiento, la función autonómica y el sistema nervioso central como resultado del aumento del agonismo de los receptores de serotonina postsináptica. La interrupción repentina de los ISRS puede conducir a síntomas tales como mareos, náuseas y letargo, que pueden aumentar los ISRS generalmente deben disminuirse gradualmente durante 4 semanas.

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad constituyen un amplio espectro de síndromes que van desde ansiedad muy circunscrita a ansiedad omnipresente, a veces "flotante libre" o preocupación. Como tales, son el grupo más común de enfermedades psiquiátricas en niños y adolescentes (así como adultos). Con las ediciones más recientes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y, de manera similar, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, los síntomas de niños, adolescentes y adultos pueden ser categorizados por ocho síndromes de diagnóstico principales pero separados asociados con la ansiedad : Trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia, agorafobia sin antecedentes de pánico, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada.

Prevalencia e incidencia

Los trastornos de ansiedad son de alta prevalencia en niños y adolescentes, la media reportada es de 8% en un rango muy amplio de 2-24%. (Costello E, Egger H ,2005)

Trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad social son las dos patologías de mayor prevalencia en niños y adolescentes, siendo el género femenino con mayor tendencia a padecerla. La ansiedad por separación y las fobias específicas están presentes a la mitad de la niñez, mientras que la fobia social y el trastorno de pánico es más frecuente en la adolescencia.

Se estima que a los 6 años las niñas presentan tasas más altas de ansiedad que los niños, sin embargo, no hay diferencias significativas entre géneros a lo largo del desarrollo, tampoco se encontraron diferencias significativas en la distribución por etnia o clase social (Merikangas KR, 1999)

Diagnóstico diferencial y comorbilidad

La fobia social también puede verse con la depresión mórbida y el TAG y no es inusual que estas condiciones estén presentes en los miembros de la familia.

Los individuos socialmente fóbicos pueden experimentar ataques del pánico o síntomas de ataques del pánico cuando están en situaciones sociales; Sin embargo, si los ataques de pánico se limitan a situaciones en las que existe la posibilidad percibida de evaluación negativa y éste es el foco de la ansiedad, la fobia social es un diagnóstico más apropiado. Consideraciones similares deben tomarse para diferenciar la fobia social de una fobia específica.

La evitación de las situaciones sociales que se ven en la fobia social también puede confundirse con la apatía experimentada por los jóvenes deprimidos. Cuando la evitación de las situaciones sociales coexiste con la desesperanza y la apatía más que con la ansiedad, se debe considerar el diagnóstico de depresión.

Tratamiento

Los tratamientos psicosociales usualmente se combinan con medicamentos por una de tres razones. En el tratamiento inicial del niño, especialmente el niño gravemente enfermo, dos tratamientos pueden proporcionar una mayor dosis y, por lo tanto, pueden prometer un resultado mejor y quizás más rápido. Por esta razón, muchos pacientes con SAD, GAD o PD optan por el tratamiento combinado, aunque la TCC sola puede ofrecer igual beneficio.

La Comorbilidad con frecuencia, pero no siempre requiere dos tratamientos, ya que diferentes objetivos pueden requerir diferentes tratamientos. Por ejemplo, tratar a un niño de 8 años que tiene TDAH y SAD con un psicoestimulante y TCC es una estrategia de tratamiento razonable. Incluso dentro de un solo trastorno de ansiedad, los resultados funcionales importantes pueden variar en respuesta al tratamiento.

Ante la respuesta parcial, se puede añadir un tratamiento de aumento al tratamiento inicial para mejorar el resultado. Por ejemplo, la TCC se puede agregar a un ISRS para la DP para mejorar los resultados específicos de la EP. En una estrategia de tratamiento adyuvante, se puede añadir un segundo tratamiento a uno primero con el fin de afectar positivamente a uno o más dominios de resultado adicionales. Por ejemplo, un ISRS se puede añadir a la TCC para el TAG para manejar la depresión mórbida o trastorno de pánico.

Trastorno bipolar

El concepto de manía en los niños preadolescentes ha seguido un curso similar al de la depresión. Durante muchos años se creyó que los preadolescentes no desarrollaron estados maníacos parecidos a los adultos. Luego, hace unos 15 años, varios investigadores informaron un número considerable de preadolescentes que parecían cumplir con los criterios adultos completos de manía. No hay duda de que estos niños tienen graves problemas psiquiátricos, pero aún quedan muchas dudas sobre la validez del concepto de manía preadolescente y sobre sus vínculos con el trastorno bipolar "clásico" en adultos. Por lo tanto, esta sección se centrará en las condiciones bipolares típicas de los adolescentes.

Definición y clasificación

Tanto en la ICD-10 como en el DSM-V, el trastorno afectivo bipolar se caracteriza por episodios repetidos en los que se altera el estado de ánimo y los niveles de actividad. En algunas ocasiones hay elevación del estado de ánimo y actividad (manía o hipomanía) y en otras ocasiones disminución del estado de ánimo y actividad (depresión). Por convención, todos los pacientes con manía se clasifican en el grupo bipolar, hayan o no tenido depresión.

Sin embargo, el concepto de trastorno bipolar se ha ampliado de uno en el que hay grandes variaciones patológicas en el estado de ánimo de una forma extrema a una en la que puede haber

variaciones relativamente sutiles en el estado de ánimo que se combinan imperceptiblemente con la variación normal del estado de ánimo. Estos llamados trastornos bipolares sub-sindrómicos incluyen hipertimia, distimia y ciclotimia. Por otra parte, los estudios fenomenológicos sugieren que hay una gran cantidad de superposición entre la depresión y la manía y que los estados mixtos son relativamente comunes.

Epidemiología

El trastorno bipolar "típico" severo parece ser infrecuente en la adolescencia. Ninguno de los estudios epidemiológicos publicados ha encontrado ningún caso de trastorno bipolar en los preadolescentes. El trastorno bipolar muestra una proporción sexual igual en adolescentes.

Cuadro clínico

Las principales características de la manía en los jóvenes son la elevación del estado de ánimo, el aumento de la actividad y las ideas grandiosas.

Elevación del estado de ánimo, esto puede ir desde la leve euforia hasta la euforia, y en algunos casos puede haber una alegría infecciosa. En algunos casos, el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de eufórico, pero el clínico debe tener en cuenta que la irritabilidad es un síntoma muy común en los jóvenes.

Mayor actividad: Esto puede implicar la conducta motora, el habla, o el apetito, con el sueño se reduce de manera correspondiente. Al principio, el adolescente en realidad puede hacer más, pero a medida que la manía empeora los movimientos de los pacientes sin descanso de una actividad a otra. El habla es rápida y los pensamientos aceleran. Con el tiempo, las ideas se vuelven vagamente conectadas con el punteo y el salto de un tema a otro. El apetito puede aumentar al principio, pero finalmente disminuye.

Ideas grandiosas: En las primeras etapas de la manía el adolescente puede hacer observaciones sin tacto en situaciones sociales, hacer avances sexuales inapropiados o ir a gastar juergas. A medida que la manía empeora, pueden embarcarse en esquemas de coágulos y convertirse en grandiosos. Pueden creer que están en una misión especial y desarrollar ideas como un engaño. Pueden

presentarse síntomas de primer orden de la esquizofrenia, incluidas las experiencias de pasividad. Las alucinaciones también pueden ocurrir, pero generalmente son congruentes con el estado de ánimo.

Tratamiento

En la mayoría de los casos, el tratamiento es multimodal e implica farmacoterapia, tratamiento psicológico, trabajo familiar y educación.

Tratamiento psicológico

El trabajo de apoyo individual puede ayudar al paciente a explorar las implicaciones del diagnóstico ya regularizar el estilo de vida y los patrones de sueño. El trabajo familiar también puede ser útil, ya que el trastorno bipolar a menudo tiene un gran impacto en la vida familiar. A menudo es útil educar tanto al adolescente como a la familia sobre los primeros signos de recaída.

Farmacoterapia

El tratamiento farmacológico del trastorno bipolar se puede dividir en dos fases: tratamiento agudo de manía o depresión y profilaxis.

En la fase aguda de la manía, el tratamiento generalmente comprende la combinación de neurolépticos de baja potencia y un estabilizador del estado de ánimo. El neuroléptico ayuda a mantener el control del comportamiento y permite tiempo para que el estabilizador del estado de ánimo funcione. En la manía eufórica clásica, el estabilizador del estado de ánimo de primera línea es litio (0,8 a 1,2 mmol / l). La manía rápida en ciclos puede tratarse con carbamazepina (7-10 µg / ml). Excitación maníaca severa también puede requerir la adición de una benzodiazepina, como lorazepam.

El tratamiento de primera línea para la depresión en el trastorno bipolar es un tiromeptico, como el litio. Posteriormente, los ISRS son recomendados, ya que son menos propensos a causar la conmutación maníaca que los tricíclicos.

Se sabe relativamente poco sobre los resultados de los trastornos bipolares de los adolescentes, pero los datos disponibles sugieren que: los trastornos bipolares que ocurren en la adolescencia tienden a seguir el curso remitente y recurrente de los casos adultos; Hay un riesgo del 50 por ciento de recaída en 5 años incluso con tratamiento y hay un riesgo marcadamente aumentado de suicidio y de tentativas suicidas serias; Sin embargo, el pronóstico del adulto es mucho mejor que con la esquizofrenia; En las muestras de la comunidad sólo el 1 por ciento de los adolescentes con depresión mayor pasa al trastorno bipolar, pero en muestras clínicas el riesgo de cambio es de 5 por ciento; Los mejores predictores de cambio de la depresión a la manía son características psicóticas.

Durante el episodio índice depresivo, una historia familiar de trastorno bipolar y ciclotimia premórbida.

TRASTORNOS EXTERNALIZADOS

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es la patología neuropsiquiátrica más común en todo el mundo en la población pediátrica (5.29%). Aunque no hay diferencias significativas en la prevalencia del TDAH entre países, los pacientes latinoamericanos con TDAH y sus familias sí tienen un perfil demográfico, sintomatológico y de respuesta al tratamiento diferentes. (Palacio, J. D., Ruiz-García, 2009)

La prevalencia en México de la enfermedad es la edad crítica de presentación se reporta de los 5-15 años, siendo de mayor prevalencia en el género masculino, no se han determinado diferencias estadísticamente significativas entre culturas o niveles socioeconómicos.

En algunos estudios se reportan tasas menores en población mexicana, en comparación a la población estadounidense o británica. (Elia J, Ambrosini 1999)

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una de las enfermedades de mayor prevalencia tanto en la población infantil como en la adolescencia, calculándose a nivel mundial en 3.4%, por arriba de los trastornos depresivos. Dependiendo de la gravedad de la enfermedad y su manejo, puede persistir hasta la edad adulta. Este trastorno, como su nombre lo indica, se

caracteriza por síntomas como hiperactividad, inatención, impulsividad, agitación, alteraciones en la función ejecutiva e inclusive problemas en la regulación emocional. Se encuentra frecuentemente asociado con otras enfermedades psiquiátricas, o cuando se hace comórbida, se complica el cuadro de inatención. Entre las enfermedades asociadas, las más frecuentes son los trastornos del ánimo y de ansiedad, en la adolescencia el abuso de sustancias, y los trastornos de conducta y control de los impulsos, como el trastorno explosivo intermitente.

Cuando se encuentra asociado con otros trastornos, es un reto terapéutico, ya que frecuentemente sólo se maneja el TDAH y no se diagnostica o maneja su comorbilidad; por ejemplo, manejar a un adolescente con un episodio depresivo que exacerba los síntomas de TDAH y sólo dar manejo para este último.

Se ha estimado que los estimulantes, como el metilfenidato, disminuyen hasta el 80% de los síntomas de este trastorno.

Etiología de la enfermedad

Se encontró un aumento del TDAH en los padres y hermanos de los pacientes cercano a 8-10 veces, con una heredabilidad del 76%, corroborado con estudios de gemelos. Los resultados de las investigaciones genético-conductuales indican que hay una convergencia en estudios genéticos moleculares que muestran genes de mayor susceptibilidad. El polimorfismo en el gen transportador de dopamina DAT1, el SLC6A3, y el DRD4 son los más asociados.

Los estudios de imagen tanto estructural como funcional han mostrado anomalías estructurales en estos pacientes, especialmente en la corteza orbitofrontal y subcortical frontal de predominio derecho. El neurotransmisor más implicado en su presentación es sin duda la dopamina.

Diagnóstico y curso del TDAH

El diagnóstico del TDAH se debe realizar con los criterios diagnósticos del DSM-5, ya que en la actualidad son los de mayor especificidad y sensibilidad y de mayor consenso. Existen muchas otras escalas que carecen de esta sensibilidad y especificidad, entre las cuales la más destacada es la de Vanderbilt, recomendada por la Asociación Americana de Pediatría. Para esta escala existe una

versión para padres o personas que conviven diariamente con el paciente, así como una para maestros que observan la conducta en la escuela, ya que uno de los requisitos para este trastorno es que la conducta se presente en diferentes ambientes (casa, escuela, etc.). Se encuentra adaptada al español y disponible en línea. Existen también escalas de autoinforme validadas para la edad adulta por la Organización Mundial de la Salud, como la ASRS y la Escala de Conner.

Tratamiento farmacológico del TDAH

El tratamiento farmacológico del TDAH es de alta especialidad (psiquiatría y paidopsiquiatría), ya que frecuentemente se encuentra con comorbilidad y síntomas conductuales disruptivos, así como una mala dinámica familiar. Dentro de las opciones farmacológicas, la más utilizada en México es el metilfenidato, ya sea convencional o en composiciones de liberación prolongada. Ambas se utilizan en dosis máximas de 1 mg/

kg/día. La titulación deberá ser progresiva, iniciando siempre con la formulación de liberación prolongada, y su posología en algunas ocasiones es difícil, ya que se administra cuatro veces al día cada 4 horas para evitar la disminución sérica y la reaparición de síntomas. Es necesario vigilar siempre la aparición de síntomas que contraindiquen su uso, como tics o movimientos anómalos, o síntomas que no contraindican su uso, pero modifican la posología, como la disminución del apetito y el retraso en el crecimiento.

Actualmente se encuentran comercializadas otras moléculas, como atomoxetina, cuyo uso está recomendado por la mayoría de las guías como tratamiento de segunda línea tanto por sus efectos adversos (epistaxis, cefalea) como por la necesidad de su titulación lenta y su costo.

Cabe recordar que el uso de antipsicóticos (risperidona) y anticomiciales (valproatos y carbamazepina) se encuentra contraindicado para el TDAH (excepto si está asociado con un trastorno de conducta o epilepsia), ya que no han mostrado eficacia para disminuir los síntomas propios del TDAH. (Makris, 2009)

Trastornos de conducta disocial y oposicionista desafiante

La tasa de prevalencia para los trastornos de conducta es de 6% en un rango de 5-14%, al igual que en el TDAH se ha descrito una mayor prevalencia en varones, siendo 3-4 veces más frecuente que en las niñas.

Estas patologías están asociadas con trastornos de ansiedad o en comorbilidad con TDAH. Un factor predictivo relevante es la asociación con el inicio temprano del trastorno, ya que a menor edad de inicio mayor tasa de agresividad presenta el sujeto, al igual que peor pronóstico (Lahey BB, 1998)

JUSTIFICACION

Con este trabajo se busca tener una idea de qué tanto se solicita atención por grupo de padecimiento en la clínica infantil del Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California (IPEBC) y con estos datos realizar una comparación general sobre las características clínicas de ambos grupos, para saber si existen diferencias sociodemográficas o escolares entre dichos trastornos.

En general los estudios de prevalencia en la epidemiología descriptiva son importantes para conocer cifras, distribución de enfermedades en una población determinada. Se estima que para el año 2020 el 15% de la carga total de enfermedades a nivel mundial corresponderá a enfermedades mentales (OMS 2013).

Siendo la epidemiología clínica poco incluyente a la población infantil, y al no contar con antecedentes de estudios de prevalencia en Mexicali, ni en la institución (IPEBC) es pertinente realizar esta investigación.

El Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California tiene como función brindar atención a la mayor parte de la población del Estado, por lo que se podrá considerar como medio de concentración en salud mental, incluida la salud mental infantil.

Hipótesis

Al ser un estudio de tipo descriptivo, la hipótesis no se presentará

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Conocer la frecuencia de presentación de los trastornos externalizados e internalizados durante el periodo del año 2016 en la Clínica Infantil del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California en los pacientes regulares que asistieron a consulta externa y aceptaron participar en el estudio.

OBJETIVO SECUNDARIO:

Describir las características clínicas de los pacientes con trastornos externalizados e internalizados que asistieron de forma regular en el año 2016 a consulta externa de la Clínica Infantil.

Conocer factores asociados con la presentación de trastornos externalizados e internalizados en el contexto familiar de los usuarios.

METODOLOGIA

Tipo de diseño:

Estudio descriptivo, transversal. Observacional.

Muestreo:

No probabilístico. Ya que abarca los pacientes que asisten a 2 consultorios de forma programada durante el año 2016

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra no probabilística por conveniencia.

Universo:

Los pacientes registrados en la clínica infantil del IPEBC como regulares durante el periodo de estudio.

El total de población de Mexicali de 05-14 años en el año 2016, fueron 318 882 personas reportadas por INEGI

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Población total de Mexicali 05-14 años durante 2016

- 05-14 años cumplidos = 318, 882

Población total de Pacientes atendidos 2016 Clínica Infantil IPEBC

- 05-14 años cumplidos = 1, 156

Distribución:

se reporta una prevalencia de enfermedad mental en niños y adolescentes en México del 15-16%

Error: 5 %

Intervalo de confianza: 95 %

Criterios de inclusión

- Usuarios de la clínica infantil de 05-14 años con expediente activo durante 2016
- Usuarios con consentimiento informado firmado por padres o tutores
- Usuarios regulares (mínimo 4 consultas psiquiátricas en el año) corroborado en registros de Seguro Popular

Criterios de exclusión

- Usuarios sin consentimiento informado firmado por padre o tutor
- Usuarios que presentes cédula sociodemográfica incompleta
- Usuarios que presenten la cédula sociodemográfica ilegible

Criterios de eliminación:

- Pacientes con síntomas psicóticos activos o bajo intoxicación de sustancias en la entrevista
- Pacientes que decidan abandonar el estudio o se nieguen a publicar su información.

Procedimiento

Se realizaron entrevistas dirigidas para aplicar cedula de evaluación sociodemográfica creada ex profeso para esta investigación a pacientes de 05-14 años con su padre o tutor al servicio de consulta externa infantil del instituto de psiquiatría del estado de baja california, usuarios que previamente se identificaron como regulares, durante el periodo de 09-01-2016 al 09-02-2017.

Cabe mencionar que se registraron las consultas de 2 consultorios (son 3 en total) en el turno matutino (no hay turno vespertino), y se llevó un control por medio de la asistencia (pago del seguro popular), para después buscar los datos clínicos complementarios por medio del expediente electrónico y el expediente físico de cada usuario.

El presente trabajo se realizó de acuerdo a las disposiciones y lineamientos de los Principios básicos

de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Se presentó el proyecto al Comité de Ética del Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California. Una vez aprobado, se registró en Posgrado de la Facultad de Medicina UABC.

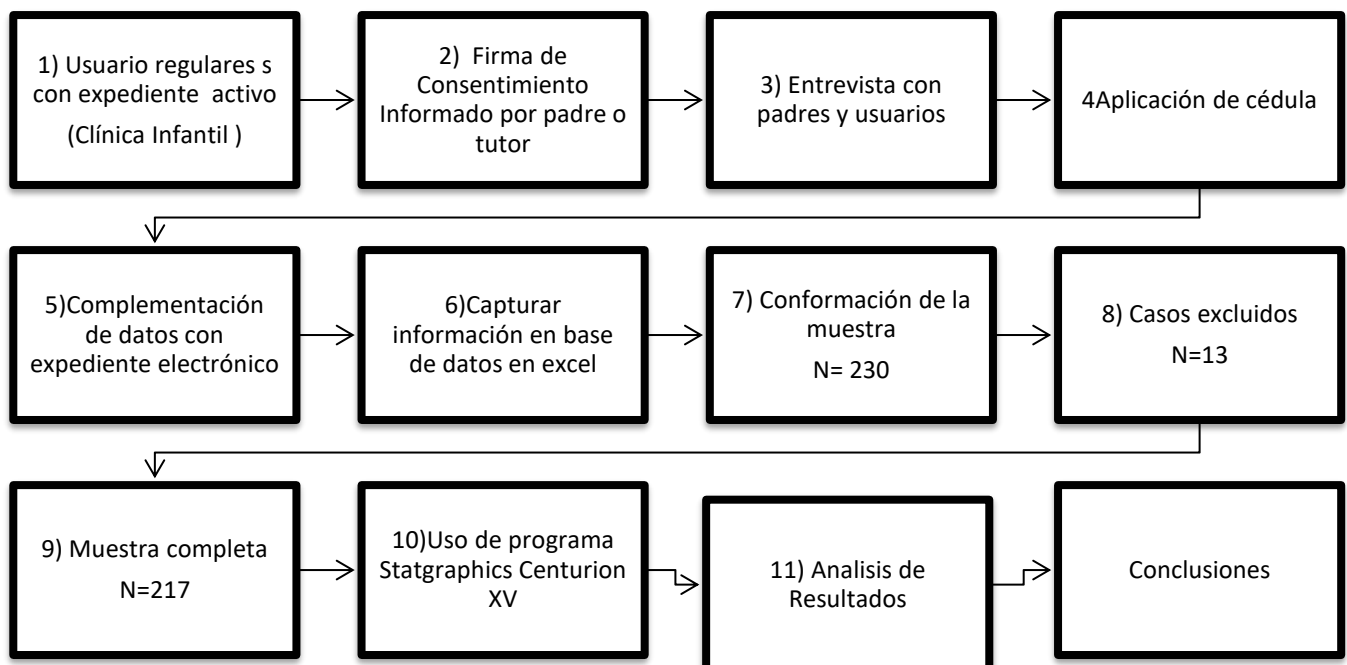
Se leyó el consentimiento informado el cual se firmó por parte del padre o tutor y del investigador para proceder a la aplicación de los instrumentos para la medición de variables estipuladas.

Todos los instrumentos fueron aplicados por el investigador.

Posteriormente se registró la información en una base de datos en Excel, se formaron archivos en carpeta rígida por paciente (asignando un número de caso) para buscar la confidencialidad de los usuarios.

Finalmente se utilizó el programa Statgraphics Centurion XV para el análisis estadístico, se obtuvieron resultados y se generan las conclusiones.

1. Diagrama de flujo del procedimiento



ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

En este estudio se realizaron proporciones y porcentajes para las variables categóricas, las cuales son 18 en total, variables numéricas de tipo ordinario o escalar según corresponda que son 6, dando un total de 24 variables.

Se realizó un análisis de medidas de tendencia central para las variables continuas, con sus respectivas gráficas y tablas.

Se utilizó el programa Statgraphics Centurion XV para obtener los resultados.

Tabla 1. de variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE LA VARIABLE
Género del paciente	Categórica
Edad del paciente	Escalar
Grado escolar	Escalar
Rekursamiento escolar	Categórica
Grado que recurso	Categórica
Conciencia de enfermedad en padres	Categórica
Tipo de padecimiento a decir de los padres	Categórico
Tratamiento con psicofármacos	Categórica
Clase de Psicofármaco utilizada	Categórica
Psicoterapia en IPEBC	Categórica
Abuso sexual reportado en expediente	Categórica
Consumo de drogas	Categórica
Droga de impacto	Categórica
Crianza del menor	Categórica
Edad de la madre	Escalar
Escolaridad de la madre	Ordinal
Edad del padre	Escalar
Escolaridad del padre	Ordinal
Psicopatología en familiares	Categórica
Tipo de familiar diagnosticado	Categórica
Psicopatología en los padres	Categórica
Tipo de enfermedad Dx en padres	Categórica
Localidad de vivienda	Categórica
DX CIE 10	Categórica

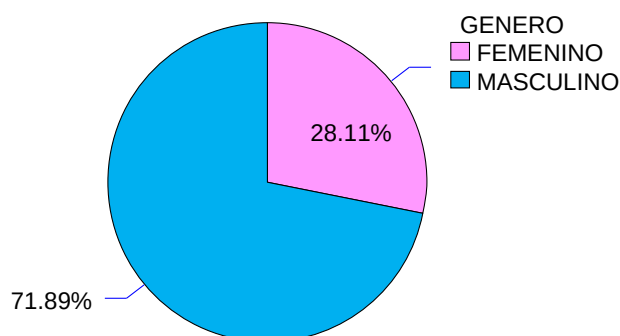
RESULTADOS:

1. Distribución por Género de Pacientes

Tabla 2. de Frecuencia para GENERO

Valor	Frecuencia	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
Femenino	61	0.2811	61
Masculino	156	0.7189	217

2. Diagrama de Sectores de GENERO



En esta gráfica podemos identificar que se atendieron más pacientes de Género Masculino durante el año de evaluación con un porcentaje mayor al 70 %

2. Distribución de edad y escolaridad de pacientes

Tabla 3. Distribución de escolaridad

	EDAD	GRADO ESCOLAR
Recuento	217	217
Promedio	9.30415	3.75115
Desviación Estándar	2.67007	2.60924
Coeficiente de Variación	28.6977%	69.5585%
Mínimo	5.0	0.0
Máximo	15.0	9.0
Rango	10.0	9.0
Sesgo Estandarizado	2.13285	3.16566
Curtosis Estandarizada	-3.05416	-2.36973

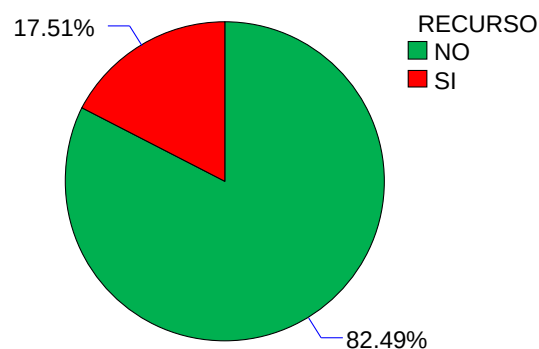
En esta tabla podemos observar que la mayor parte de los pacientes tiene una edad de 9 años en promedio y cursan el tercer año de primaria.

3. Distribución de recursamiento escolar

Tabla 4. Recursamiento escolar

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
NO	179	0.8249	179	0.8249
SI	38	0.1751	217	1.0000

3. Diagrama de RECURSAMIENTO ESCOLAR



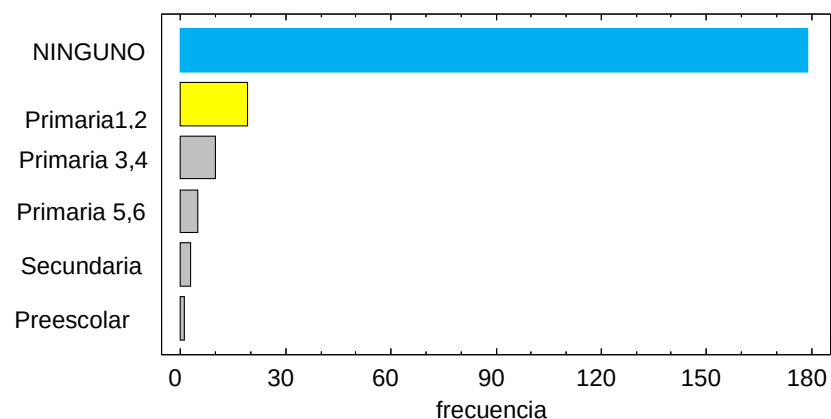
El mayor porcentaje de pacientes entrevistados, no recurso ningún ciclo escolar por lo que podemos decir que son alumnos regulares más del 80 %

Número de pacientes que han recusado ciclo escolar y año escolar que recusaron

Tabla 5. Recurso Escolar

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
NO recurso	179	0.8249	179	0.8249
Primaria 1,2	19	0.0876	198	0.9124
Primaria 3,4	10	0.0461	208	0.9585
Primaria 5,6	5	0.0230	213	0.9816
Secundaria	3	0.0138	216	0.9954
Preescolar	1	0.0046	217	1.0000

4. Grafico. Frecuencia de los años escolares recusados



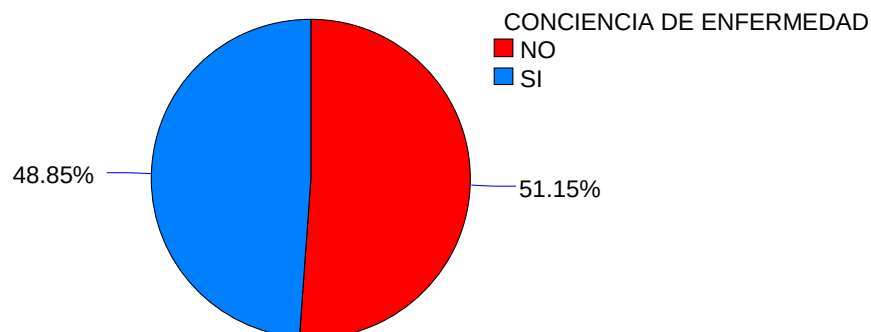
De los pacientes que sí han recurrido algún ciclo escolar, el año escolar más recurrido fue primer y segundo año de primaria

4. Conciencia de enfermedad en los padres

Tabla 6. Conciencia de enfermedad

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
No	111	0.5115	111	0.5115
Sí	106	0.4885	217	1.0000

5. Diagrama de CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN PADRES

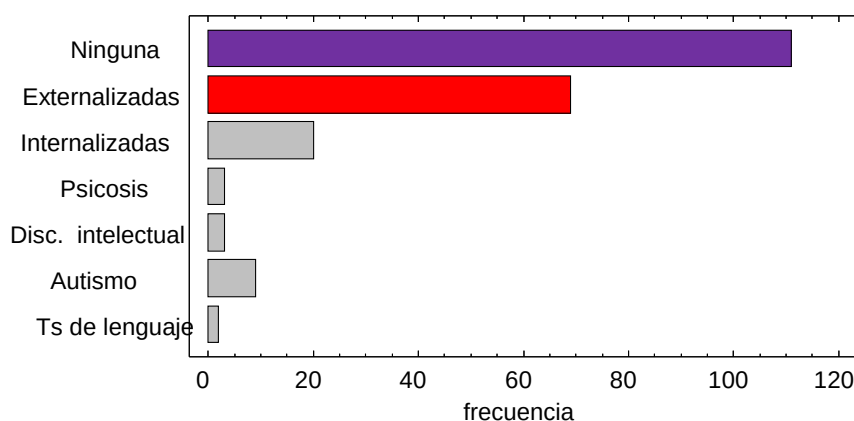


La mayor parte de los padres de pacientes en la clínica infantil no tienen percepción de enfermedad mental en sus hijos

Tabla 7. Tipo de enfermedad que los padres consideran como Dx en los pacientes

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
Ninguna	111	0.5115	111	0.5115
Externalizada	69	0.3180	180	0.8295
Internalizada	20	0.0922	200	0.9217
Psicosis	3	0.0138	203	0.9355
Discapacidad intelectual	3	0.0138	206	0.9493
Autismo	9	0.0415	215	0.9908
Lenguaje	2	0.0092	217	1.0000

6. Diagrama de Barras Enfermedades identificadas por los padres



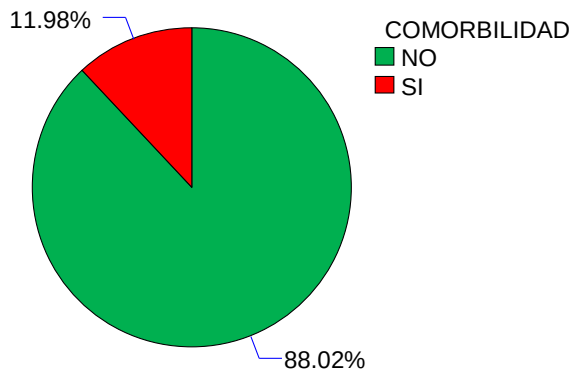
La mayor parte de los padres de los pacientes entrevistados identificaron como problemática principal alguno de los padecimientos externalizados

Distribución de pacientes que presentan comorbilidad médica

Tabla 8. Frecuencia para COMORBILIDAD MÉDICA

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
NO	191	0.8802	191	0.8802
SI	26	0.1198	217	1.0000

7. Diagrama de COMORBILIDAD MEDICA

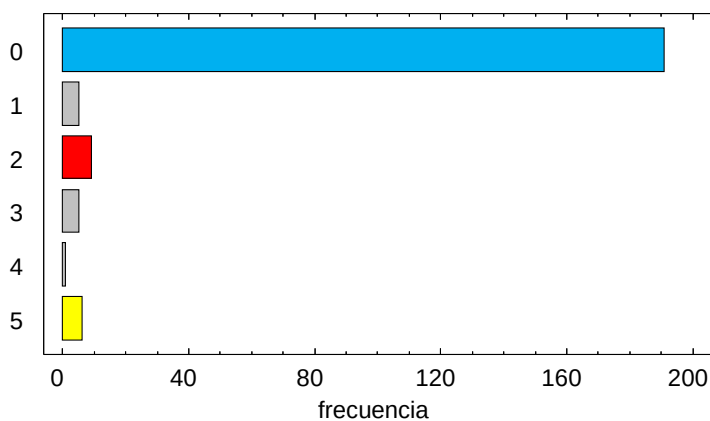


La mayor parte de los niños entrevistados no presentaban comorbilidad médica.

Tabla 9. Frecuencia de enfermedades en comorbilidad

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
Ninguna	0	191	0.8802	191	0.8802
Cardiaca	1	5	0.0230	196	0.9032
Respiratoria	2	9	0.0415	205	0.9447
Metabólica	3	5	0.0230	210	0.9677
Tegumentaria	4	1	0.0046	211	0.9724
Neurológica	5	6	0.0276	217	1.0000

8. Diagrama de Barras Comorbilidad Médica



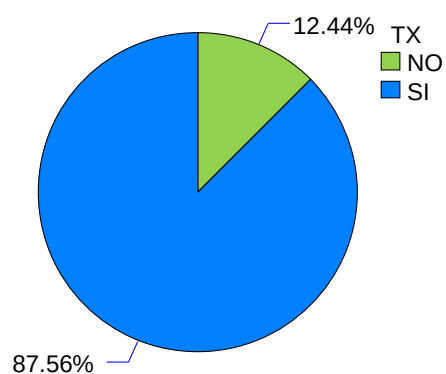
Los pacientes que sí presentaron comorbilidad médica, la mayoría presentaba enfermedades del sistema respiratorio como asma, alergias, infecciones recurrentes de vías aéreas superiores.

5. Tratamiento con psicofármacos

Tabla 10. Frecuencia Tx con Psicofármacos

		<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
NO	27	0.1244	27	0.1244
SI	190	0.8756	217	1.0000

9. Diagrama de Tx Psicofármacos

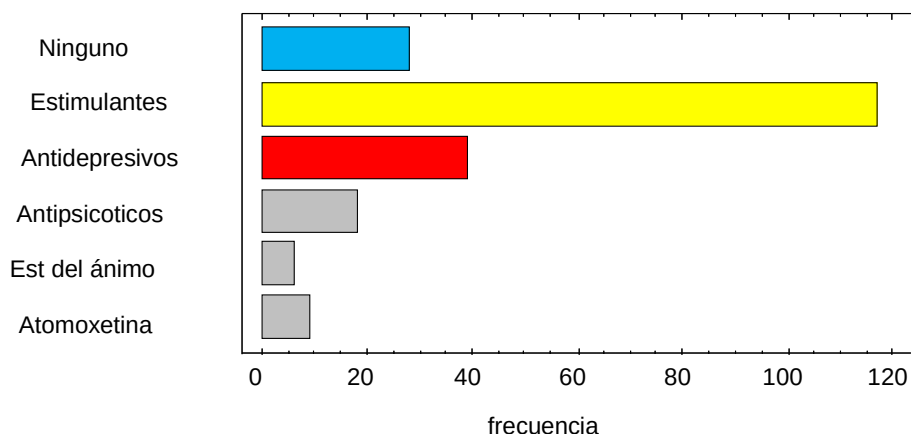


La mayor parte de los pacientes entrevistados, estaban bajo tratamiento psicofarmacológico.

Tabla 11. Frecuencia para GRUPO DE PSICOFÁRMACOS

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
Ninguno	0	28	0.1290	28	0.1290
Estimulantes	1	117	0.5392	145	0.6682
Antidepresivos	2	39	0.1797	184	0.8479
Antipsicóticos	3	18	0.0829	202	0.9309
Estabilizador del ánimo	4	6	0.0276	208	0.9585
Atomoxetina	5	9	0.0415	217	1.0000

10. Diagrama de Barras GRUPO DE PSICOFÁRMACOS



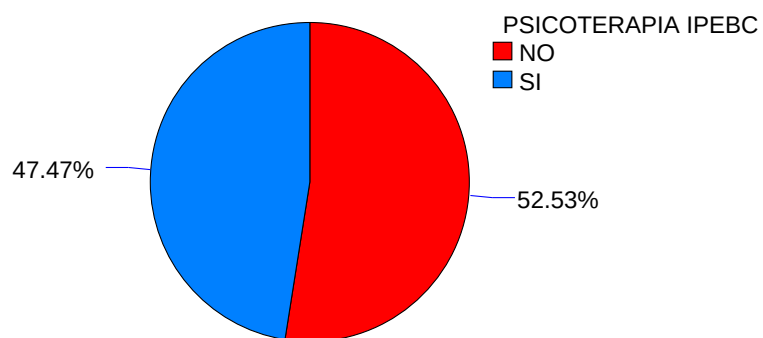
El mayor grupo de psicofármacos indicado en éste grupo de pacientes son los estimulantes como el Metilfenidato.

6. Pacientes que acuden a psicoterapia grupal en IPEBC

Tabla 12. ACUDEN A PSICOTERAPIA EN IPEBC

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
NO	114	0.5253	114	0.5253
SI	103	0.4747	217	1.0000

11. Diagrama de PSICOTERAPIA GRUPAL



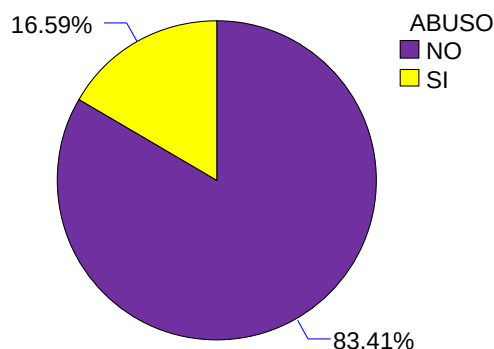
La mayoría de los pacientes entrevistados no acuden a psicoterapia grupal dentro del IPEBC

7. Pacientes con antecedente reportado de Abuso sexual

Tabla 13. de Frecuencia para ABUSO SEXUAL

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
NO	181	0.8341	181	0.8341
SI	36	0.1659	217	1.0000

12. Diagrama de ABUSO SEXUAL



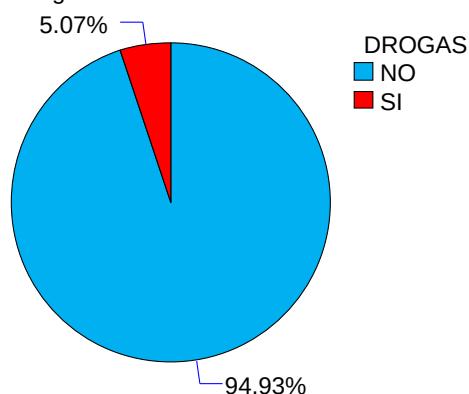
El 16% de la población infantil entrevistada, se reporta como víctima de abuso sexual.

8. Distribución de pacientes para consumo de drogas

Tabla 14. de Frecuencia para CONSUMO DE DROGAS

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
NO	206	0.9493	206	0.9493
SI	11	0.0507	217	1.0000

13. Diagrama de uso de DROGAS

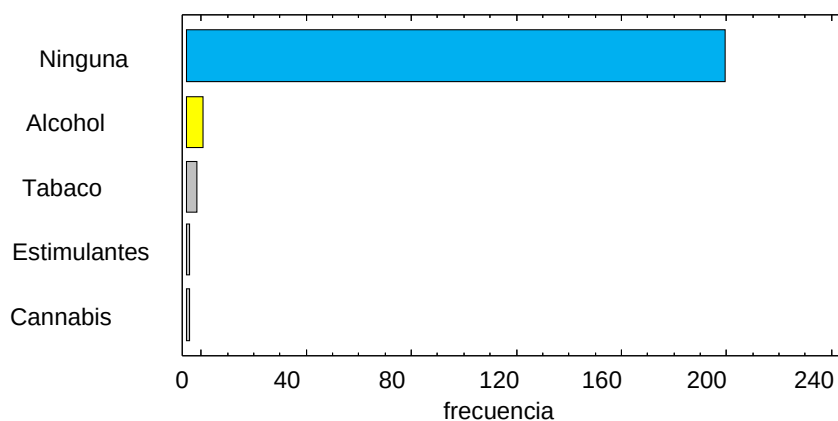


En esta tabla podemos confirmar que más del 90 % de los pacientes entrevistados no consumen sustancias adictivas.

Tabla 15. de Frecuencia para Tipo de Droga consumida

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
Ninguna	0	205	0.9447	205	0.9447
Alcohol	1	6	0.0276	211	0.9724
Tabaco	2	4	0.0184	215	0.9908
Estimulantes	3	1	0.0046	216	0.9954
Cannabis	6	1	0.0046	217	1.0000

Diagrama 14 de Barras Tipo de droga consumida



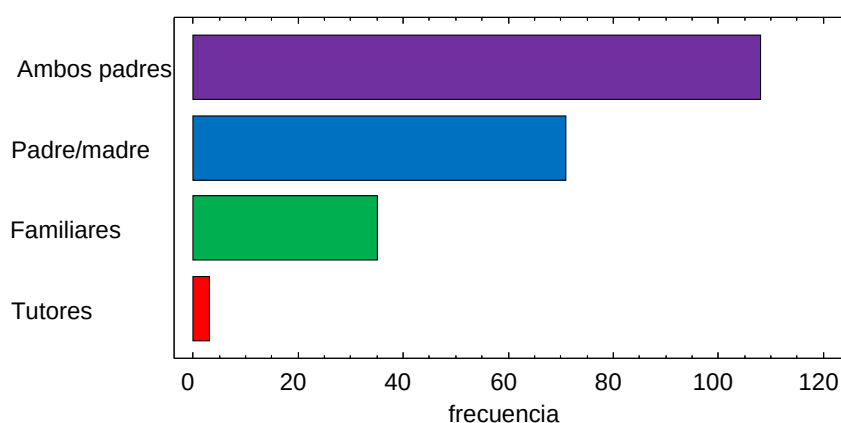
De los usuarios de la clínica infantil que se reportan como consumidores alguna vez en la vida, la sustancia de mayor consumo es el alcohol.

9. Distribución de responsables de crianza de pacientes

Tabla 16. de Frecuencia para CRIANZA DE PACIENTES

		<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
Ambos padres	108	0.4977	108	0.4977
Un padre/madre	71	0.3272	179	0.8249
Familiares	35	0.1613	214	0.9862
Tutor	3	0.0138	217	1.0000

Diagrama 15. de Barras de CRIANZA DE PACIENTES



La mayor parte de los pacientes viven con ambos padres y son los mismos los responsables de la crianza.

10. Resumen estadístico de las Madres de los pacientes

Tabla 17. EDAD MATERNA

Recuento	211
Promedio	34.9431
Desviación Estándar	7.00045
Coeficiente de Variación	20.0338%
Mínimo	21.0
Máximo	57.0
Rango	36.0
Sesgo Estandarizado	3.19089
Curtosis Estandarizada	-0.206563

Tabla 18. ESCOLARIDAD MATERNA

Recuento	213
Promedio	2.39437
Desviación Estándar	0.86568
Coeficiente de Variación	36.1549%
Mínimo	1.0
Máximo	5.0
Rango	4.0
Sesgo Estandarizado	3.01636
Curtosis Estandarizada	-0.0614565

En esta tabla podemos identificar que la edad promedio entre las madres de pacientes de la clínica infantil es de 34 años de edad y presentan una escolaridad promedio correspondiente a nivel secundaria.

11. Resumen estadístico de los Padres de los pacientes

Tabla 19. EDAD PATERNA

Recuento	212
Promedio	39.0
Desviación Estándar	8.53485
Coeficiente de Variación	21.8842%
Mínimo	22.0
Máximo	68.0
Rango	46.0
Sesgo Estandarizado	5.51158
Curtosis Estandarizada	1.9439

Tabla 20. ESCOLARIDAD PATERNA

Recuento	212
Promedio	2.42453
Desviación Estándar	0.912765
Coeficiente de Variación	37.6471%
Mínimo	1.0
Máximo	5.0
Rango	4.0
Sesgo Estandarizado	1.79112
Curtosis Estandarizada	-0.616048

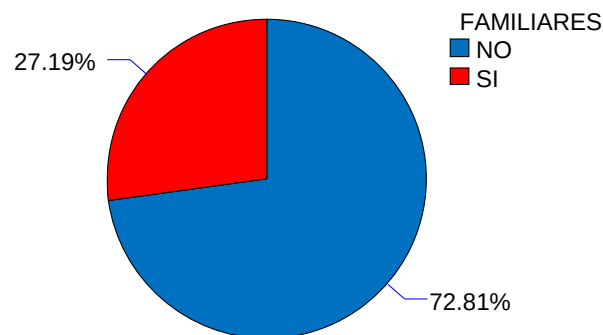
En la tabla anterior podemos identificar que la edad promedio entre los padres de pacientes de la clínica infantil es de 39 años de edad y presentan una escolaridad promedio correspondiente a nivel secundaria.

12. Frecuencia de familiares con psicopatología

Tabla 21. de Frecuencia PSICOPATOLOGÍA EN FAMILIARES

		Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
NO	158	0.7281	158	0.7281
SI	59	0.2719	217	1.0000

Diagrama 16. de PSICOPATOLOGÍA FAMILIAR

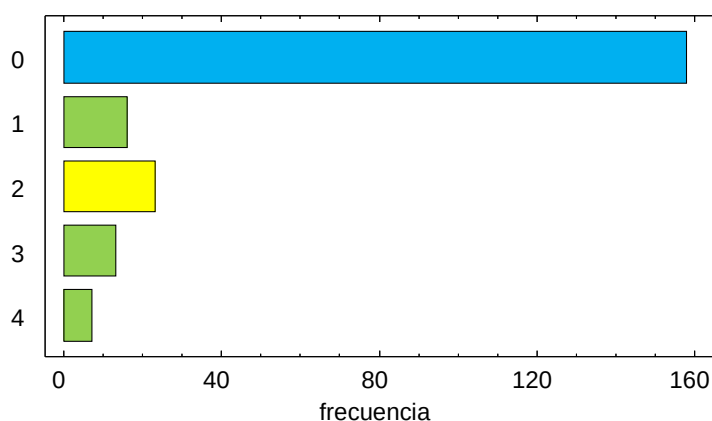


En esta gráfica podemos identificar que la mayoría de los entrevistados reporto que no cuentan con familiares diagnosticados o tratados por alguna psicopatología.

Tabla 22. de Tipo de Familiares con Psicopatología

			Frecuencia	Frecuencia	Frecuencia
Clase	Valor	Frecuencia	Relativa	Acumulada	Rel. acum.
Ninguno	0	158	0.7281	158	0.7281
Abuelos	1	16	0.0737	174	0.8018
Hermanos	2	23	0.1060	197	0.9078
Tíos	3	13	0.0599	210	0.9677
Otros	4	7	0.0323	217	1.0000

Diagrama 17. de Familiar con PSICOPATOLOGÍA



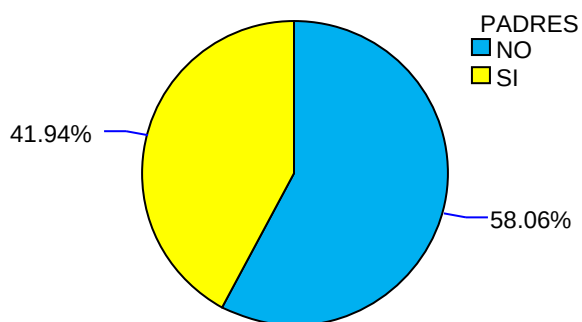
Del 27 % de pacientes que reportaron familiares con psicopatología, el familiar afectado más reportado fueron los hermanos de los usuarios.

13. Frecuencia de Psicopatología en padres

Tabla 23. de Frecuencia para PSICOPATOLOGIA EN PADRES

		<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
NO	126	0.5806	126	0.5806
SI	91	0.4194	217	1.0000

Diagrama 18. de Psicopatología en padres

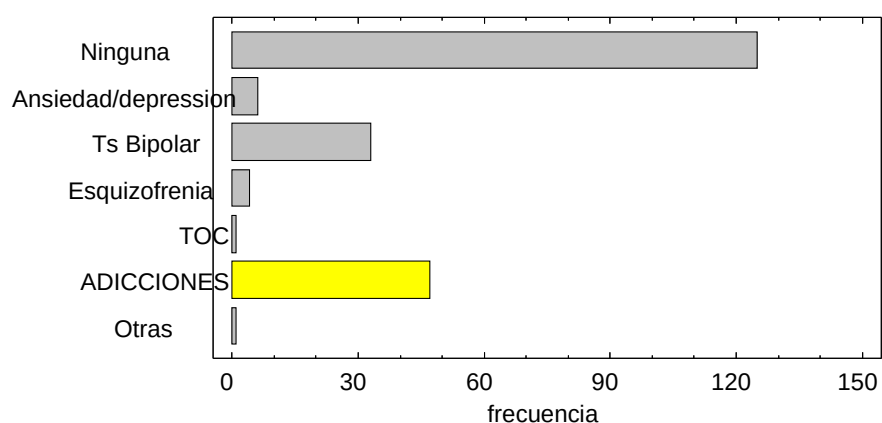


En ésta gráfica podemos observar que la mayoría de los padres de usuarios de la clínica infantil se reportaron como libres de psicopatología.

Tabla 24. de Frecuencia para Psicopatología de Padres

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
Ninguna	0	125	0.5760	125	0.5760
Ansiedad /depresion	1	6	0.0276	131	0.6037
Ts Bipolar	2	33	0.1521	164	0.7558
Esquizofrenia	3	4	0.0184	168	0.7742
TOC	4	1	0.0046	169	0.7788
Adicciones	5	47	0.2166	216	0.9954
Otra	8	1	0.0046	217	1.0000

Diagrama 19. de Barras de tipo de Psicopatología en Padres



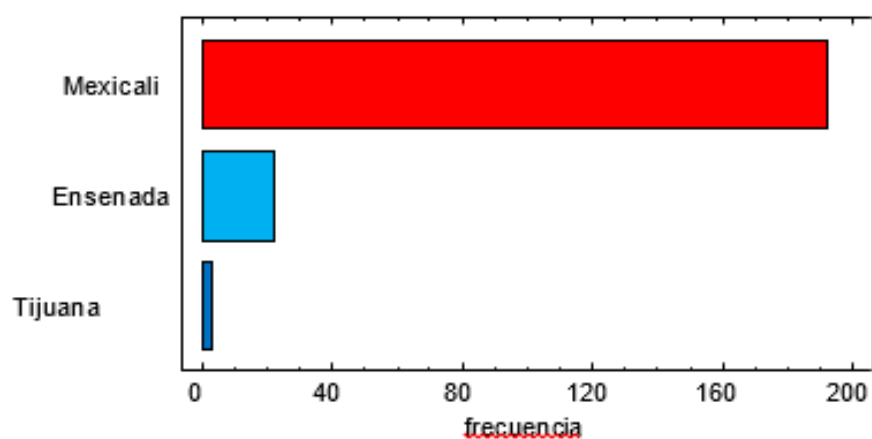
Del 41 % de los padres reportados con psicopatología, la enfermedad mental mayor reportada son las adicciones.

14. Frecuencia de Localidad de los pacientes

Tabla 25. de Frecuencia para LOCALIDAD

		<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
Mexicali	192	0.8848	192	0.8848
Ensenada	22	0.1014	214	0.9862
Tijuana	3	0.0138	217	1.0000

Diagrama 19. de Barras de LOCALIDAD



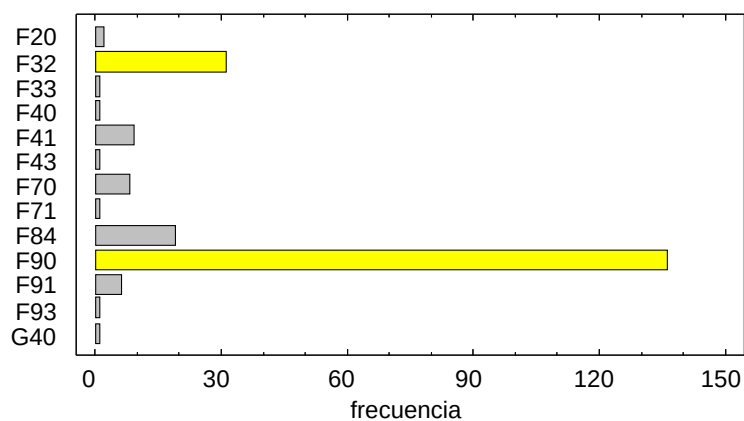
El lugar de residencia más reportado por los usuarios de la clínica infantil del IPEBC, fue la ciudad de Mexicali

9. Frecuencia de Diagnóstico Clínico basado en CIE 10

Tabla 26. de Frecuencia para DIAGNOSTICO CIE 10

			<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Frecuencia</i>
<i>Clase</i>	<i>Valor</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Relativa</i>	<i>Acumulada</i>	<i>Rel. acum.</i>
1	F20	2	0.0092	2	0.0092
2	F32	31	0.1429	33	0.1521
3	F33	1	0.0046	34	0.1567
4	F40	1	0.0046	35	0.1613
5	F41	9	0.0415	44	0.2028
6	F43	1	0.0046	45	0.2074
7	F70	8	0.0369	53	0.2442
8	F71	1	0.0046	54	0.2488
9	F84	19	0.0876	73	0.3364
10	F90	136	0.6267	209	0.9631
11	F91	6	0.0276	215	0.9908
12	F93	1	0.0046	216	0.9954
13	G40	1	0.0046	217	1.0000

Diagrama 21. de Barras Diagnostico CIE10



En esta tabla podemos observar que el diagnóstico reportado en el expediente electrónico más frecuente corresponde a trastorno por déficit de atención con hiperactividad en un 88 % de los usuarios entrevistados, seguido por trastorno depresivo mayor en un 15 % de los usuarios.

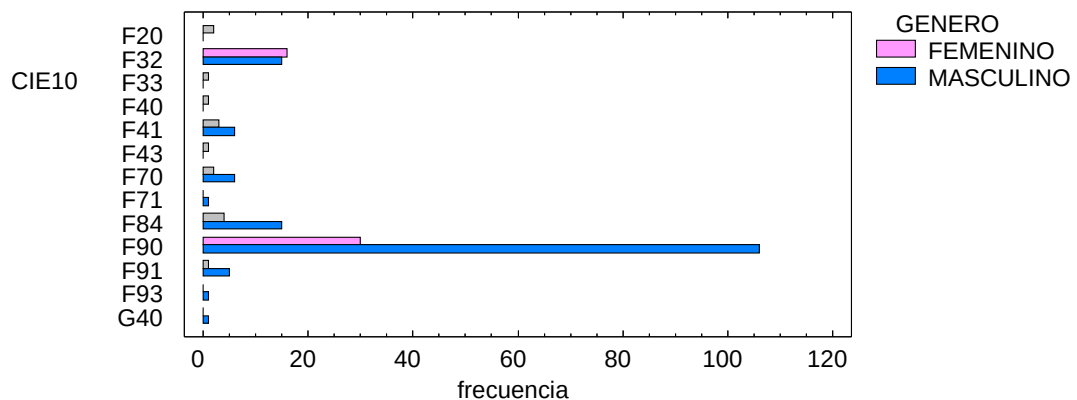
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

1. Análisis de diagnóstico CIE 10 por género de pacientes

Tabla 27. de Frecuencias para CIE10 por GENERO

DIAGNOSTICO	FEMENINO	MASCULINO	Total por Fila
F20	2	0	2
	0.92%	0.00%	0.92%
F32	16	15	31
	7.37%	6.91%	14.29%
F33	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F41	3	6	9
	1.38%	2.76%	4.15%
F43	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F70	2	6	8
	0.92%	2.76%	3.69%
F71	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F84	4	15	19
	1.84%	6.91%	8.76%
F90	30	106	136
	13.82%	48.85%	62.67%
F91	1	5	6
	0.46%	2.30%	2.76%
F93	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
G40	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
Total por Columna	61	156	217

Diagrama 21. de Barras para CIE10 según GENERO



En esta gráfica podemos identificar que en mayor la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor en género masculino, en comparación a la alta prevalencia de Trastorno por Déficit de atención en el género masculino.

2. Análisis de diagnóstico CIE 10 por edad de pacientes

Tabla 28. Diagnósticos por edades

DIAGNOSTICO Vs AÑOS	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Total por Fila
F20	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.46%	0.00%	0.00%	0.92%
F32	0	3	3	3	1	4	1	6	4	6	0	31
	0.00%	1.38%	1.38%	1.38%	0.46%	1.84%	0.46%	2.76%	1.84%	2.76%	0.00%	14.29%
F33	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F40	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F41	1	0	0	0	0	0	3	0	3	2	0	9
	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.38%	0.00%	1.38%	0.92%	0.00%	4.15%
F43	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F70	0	1	0	2	2	2	0	0	0	0	1	8
	0.00%	0.46%	0.00%	0.92%	0.92%	0.92%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	3.69%
F71	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F84	1	3	3	1	3	3	1	2	1	1	0	19
	0.46%	1.38%	1.38%	0.46%	1.38%	1.38%	0.46%	0.92%	0.46%	0.46%	0.00%	8.76%
F90	5	22	23	31	15	9	9	8	9	4	1	136
	2.30%	10.14%	10.60%	14.29%	6.91%	4.15%	4.15%	3.69%	4.15%	1.84%	0.46%	62.67%
F91	0	0	0	0	1	2	0	1	0	2	0	6
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.92%	0.00%	0.46%	0.00%	0.92%	0.00%	2.76%
F93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.46%
G40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.46%
Total por Columna	7	29	29	37	23	22	14	19	18	17	2	217
	3.23%	13.36%	13.36%	17.05%	10.60%	10.14%	6.45%	8.76%	8.29%	7.83%	0.92%	100.00%

En este análisis se puede identificar que los pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor en su mayoría tienen 12 años aproximadamente. Mientras que los pacientes con diagnóstico de Trastorno por déficit de atención con Hiperactividad tienen una edad promedio de 9 años.

3. Comparación de uso de apoyo escolar según diagnóstico clínico

Tabla 29. Comparación según diagnóstico clínico

	Con apoyo	Sin apoyo	Total
TDAH	71	65	136
	77.41%	22.59%	
TDM	24	7	31
	52.20%	47.8%	

CIE10 Diagrama 23. de Barras para CIE10 según APOYO ESCOLAR

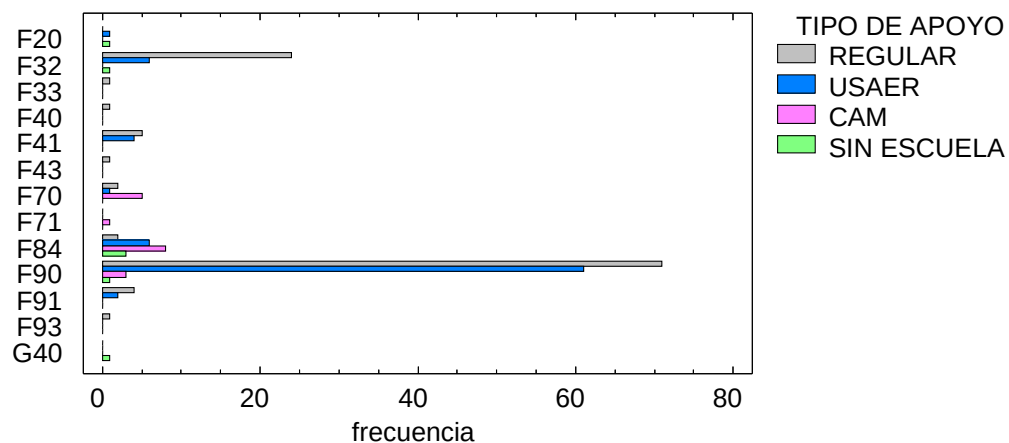


Tabla 30. Distribución de apoyo escolar

DIAGNOSTICO	REGULAR	USAER	CAM	NO ESCUELA	Total por Fila
F20	0	1	0	1	2
	0.00%	0.46%	0.00%	0.46%	0.92%
F32	24	6	0	1	31
	11.06%	2.76%	0.00%	0.46%	14.29%
F33	1	0	0	0	1
	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F40	1	0	0	0	1
	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F41	5	4	0	0	9
	2.30%	1.84%	0.00%	0.00%	4.15%
F43	1	0	0	0	1
	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F70	2	1	5	0	8
	0.92%	0.46%	2.30%	0.00%	3.69%
F71	0	0	1	0	1
	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.46%
F84	2	6	8	3	19
	0.92%	2.76%	3.69%	1.38%	8.76%
F90	71	61	3	1	136
	32.72%	28.11%	1.38%	0.46%	62.67%
F91	4	2	0	0	6
	1.84%	0.92%	0.00%	0.00%	2.76%
F93	1	0	0	0	1
	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
G40	0	0	0	1	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.46%
Total por Columna	112	81	17	7	217
	51.61%	37.33%	7.83%	3.23%	100.00%

Al comparar la necesidad de apoyos especiales entre el grupo de F32 (TDM) y F90 (TDAH), existió una diferencia que sugiere que los niños con TDAH necesitaron más frecuentemente apoyos especiales en comparación con los niños con TDM

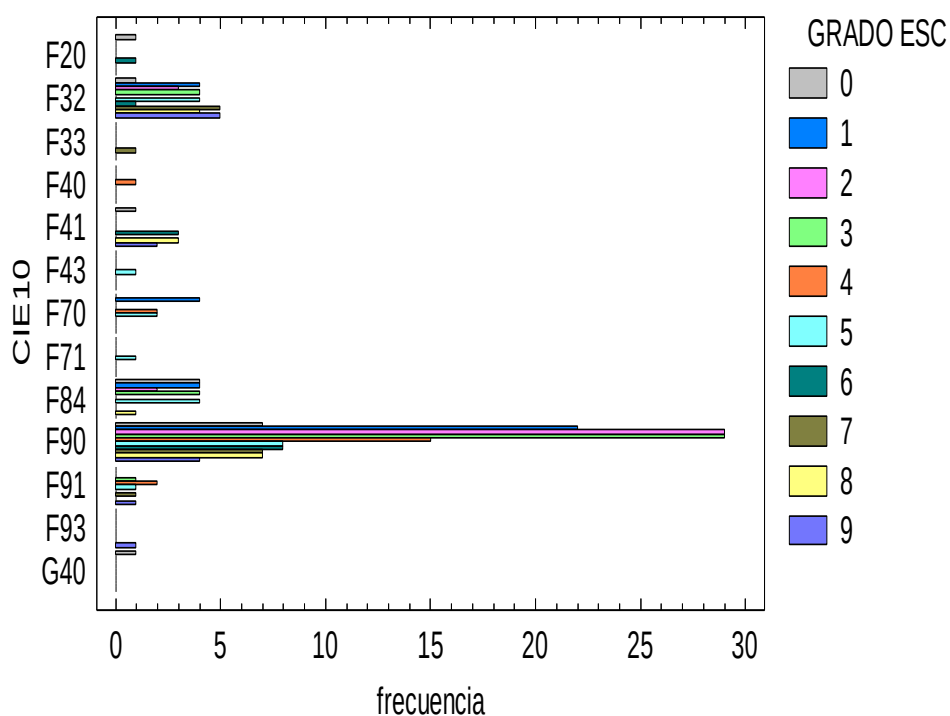
4. Comparación de grado escolar cursado por diagnóstico CIE 10

Tabla 31. de Frecuencias para CIE10 por GRADO ESC

	Preescolar	1	2	3	4	5	6	Sec. 1	Sec. 2	Sec. 3	Total por Fila
F20	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.92%
F32	1	4	3	4	0	4	1	5	4	5	31
	0.46%	1.84%	1.38%	1.84%	0.00%	1.84%	0.46%	2.30%	1.84%	2.30%	14.29%
F33	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.46%
F40	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F41	1	0	0	0	0	0	3	0	3	2	9
	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	1.38%	0.00%	1.38%	0.92%	4.15%
F43	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F70	0	4	0	0	2	2	0	0	0	0	8
	0.00%	1.84%	0.00%	0.00%	0.92%	0.92%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	3.69%
F71	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
F84	4	4	2	4	0	4	0	0	1	0	19
	1.84%	1.84%	0.92%	1.84%	0.00%	1.84%	0.00%	0.00%	0.46%	0.00%	8.76%
F90	7	22	29	29	15	8	8	7	7	4	136
	3.23%	10.14%	13.36%	13.36%	6.91%	3.69%	3.69%	3.23%	3.23%	1.84%	62.67%
F91	0	0	0	1	2	1	0	1	0	1	6
	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.92%	0.46%	0.00%	0.46%	0.00%	0.46%	2.76%
F93	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%	0.46%
G40	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	0.46%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.46%
Total por Columna	15	34	34	38	20	21	13	14	15	13	217
	6.91%	15.67%	15.67%	17.51%	9.22%	9.68%	5.99%	6.45%	6.91%	5.99%	100.00%

En esta tabla podemos identificar que los pacientes del grupo (F32) que corresponde al Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor cursan los primeros grados de nivel secundaria, en comparación del grupo de (F90) que cursan los primeros grados a nivel primaria.

24. Diagrama de Barras para CIE10 según GRADO ESC

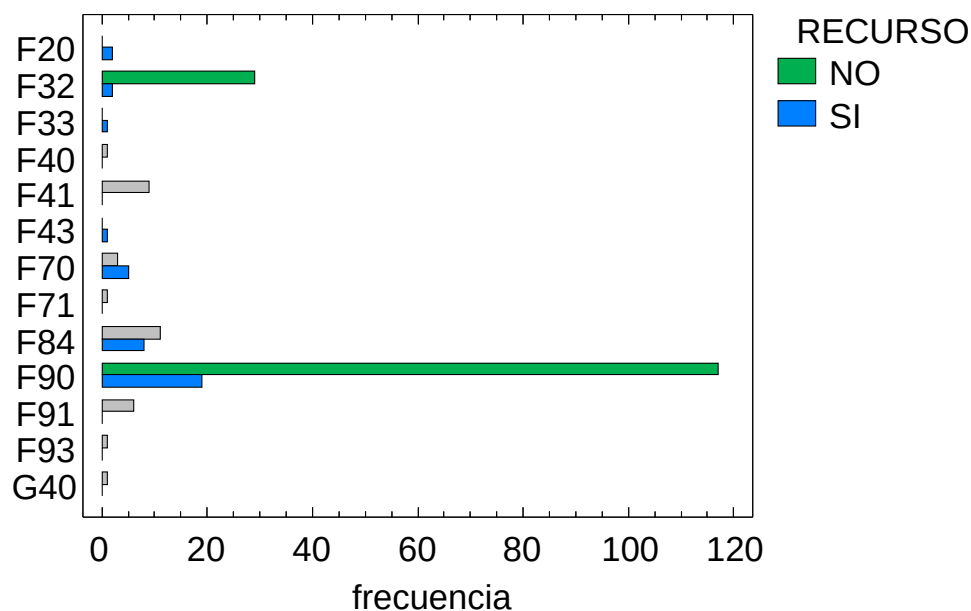


5. Comparación de Recursamiento escolar según Diagnóstico

Tabla 32. de Frecuencias para CIE10 por RECURSAMIENTO ESCOLAR

	NO RECURSO	SI RECURSO	Total por Fila
F20	0	2	2
	0.00%	0.92%	0.92%
F32	29	2	31
	13.36%	0.92%	14.29%
F33	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F41	9	0	9
	4.15%	0.00%	4.15%
F43	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F70	3	5	8
	1.38%	2.30%	3.69%
F71	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F84	11	8	19
	5.07%	3.69%	8.76%
F90	117	19	136
	53.92%	8.76%	62.67%
F91	6	0	6
	2.76%	0.00%	2.76%
F93	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
G40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
Total por Columna	179	38	217
	82.49%	17.51%	100.00%

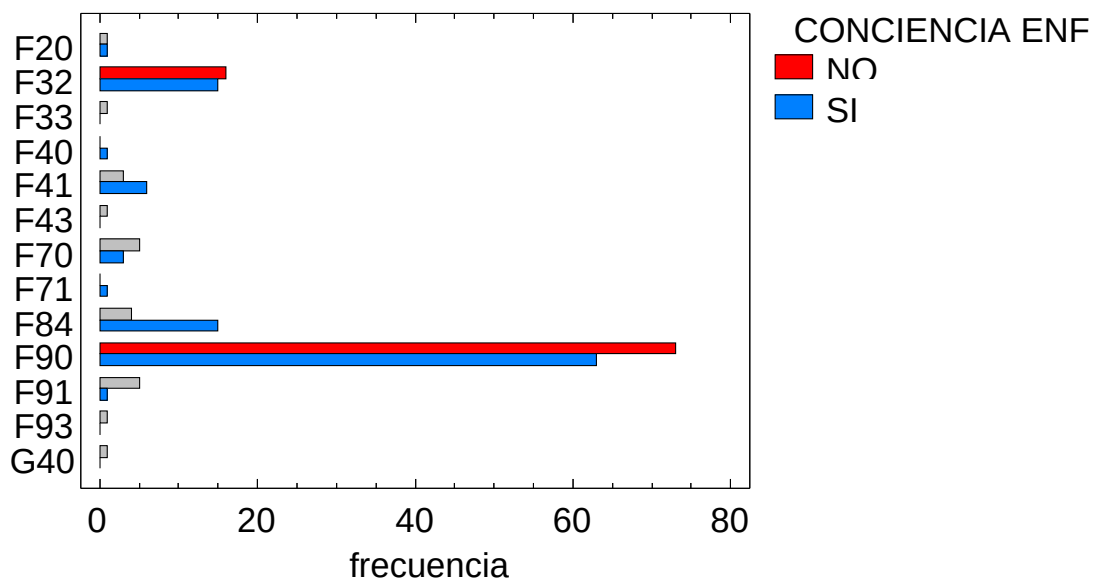
Diagrama 25. de Barras para CIE10 según RECURSAMIENTO ESCOLAR



A pesar de que hay un mayor número de pacientes con TDAH (F90) que recursan (19) contra el grupo de TDM (F32) con número total de (2), los grupos están desbalanceados con total TDM=31 n total TDAH = 136 n , se requieren pruebas estadísticas complementarias para poder decir, que tendría el mismo riesgo de recursar un paciente diagnosticado con TDAH que con TDM o no .

6. Comparación de conciencia de enfermedad en padres con relación a diagnóstico clínico en pacientes

Diagrama 26. de Barras para CIE10 según CONCIENCIA DE ENFERMEDAD en PADRES



Es necesario realizar mayores pruebas estadísticas como el test exacto de Fisher para determinar si se encontraron diferencias en la conciencia de enfermedad en padres con respecto a diagnóstico de pacientes con TDM (F32) vs TDAH (F90) o no hay

7. Relación entre presencia de comorbilidades no Psiquiátricas por grupo diagnóstico basado en CIE 10

Diagrama 27. de Barras para CIE10 según COMORBILIDAD NO PSIQUIÁTRICA

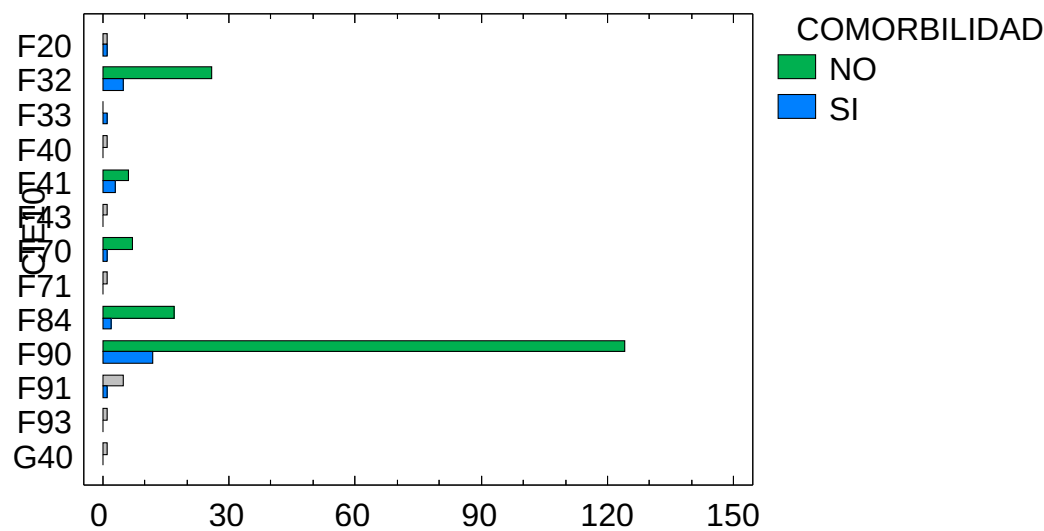
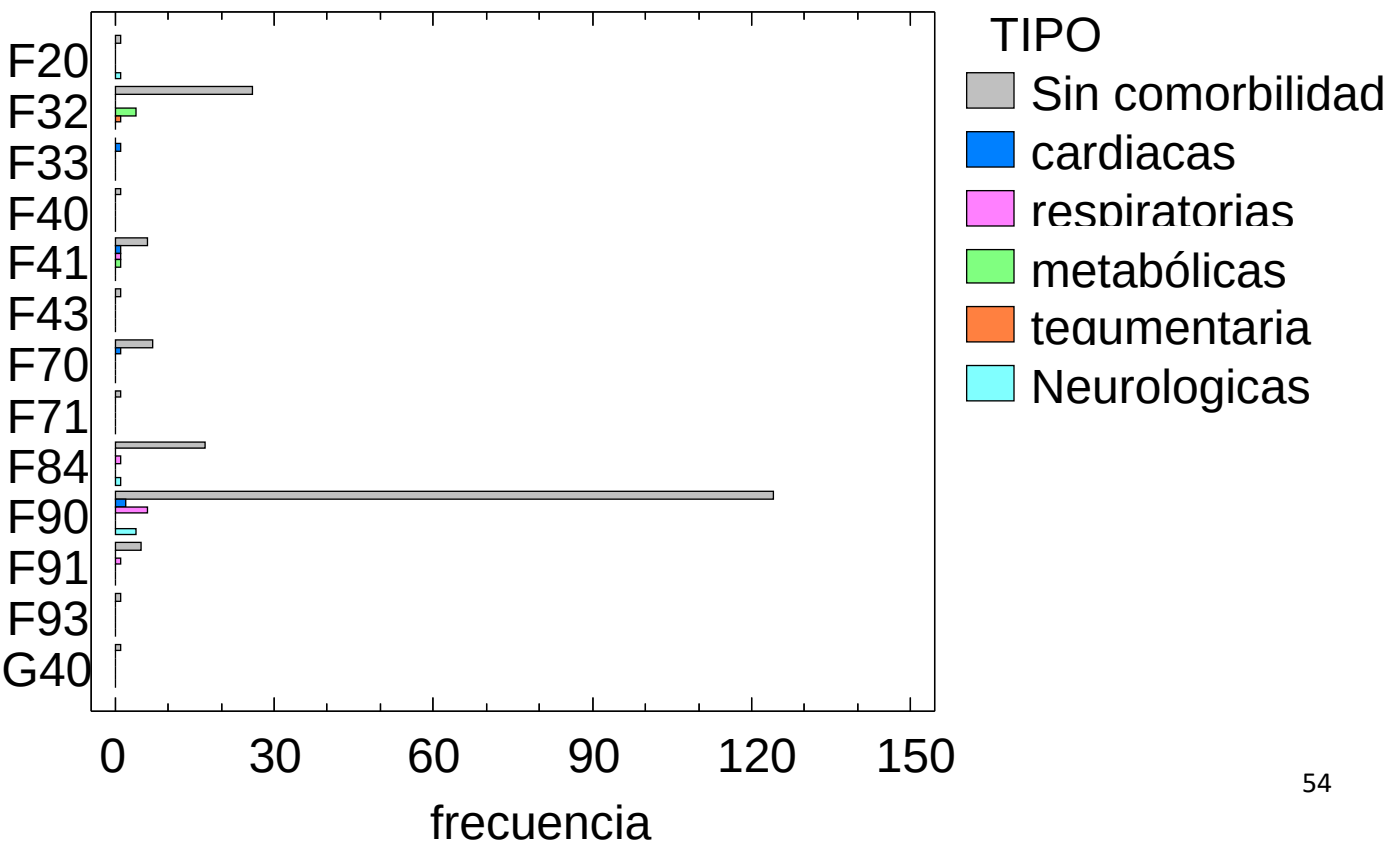


Diagrama 28. de Barras para CIE10 según Comorbilidad



En esta gráfica podemos identificar que la mayoría de los pacientes no presentan comorbilidad médica, sin embargo de los que si presentan, para el grupo (F32) la comorbilidad médica mayormente asociada es de tipo metabólico, a diferencia del grupo (F90) que la comorbilidad médica más registrada es de tipo respiratorio.

8. Comparación de uso de tratamiento psicofarmacológico en pacientes por diagnóstico basado en CIE 10

Tabla 33. de Frecuencias para CIE10 por TX FARMACOLÓGICO

	NO	SI	Total por Fila
F20	0	2	2
	0.00%	0.92%	0.92%
F32	4	27	31
	1.84%	12.44%	14.29%
F33	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F40	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F41	1	8	9
	0.46%	3.69%	4.15%
F43	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F70	0	8	8
	0.00%	3.69%	3.69%
F71	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F84	1	18	19
	0.46%	8.29%	8.76%
F90	18	118	136
	8.29%	54.38%	62.67%
F91	2	4	6
	0.92%	1.84%	2.76%
F93	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
G40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
Total por Columna	27	190	217
	12.44%	87.56%	100.00%

Diagrama 29.de Barras para CIE10 según TX FARMACOLÓGICO

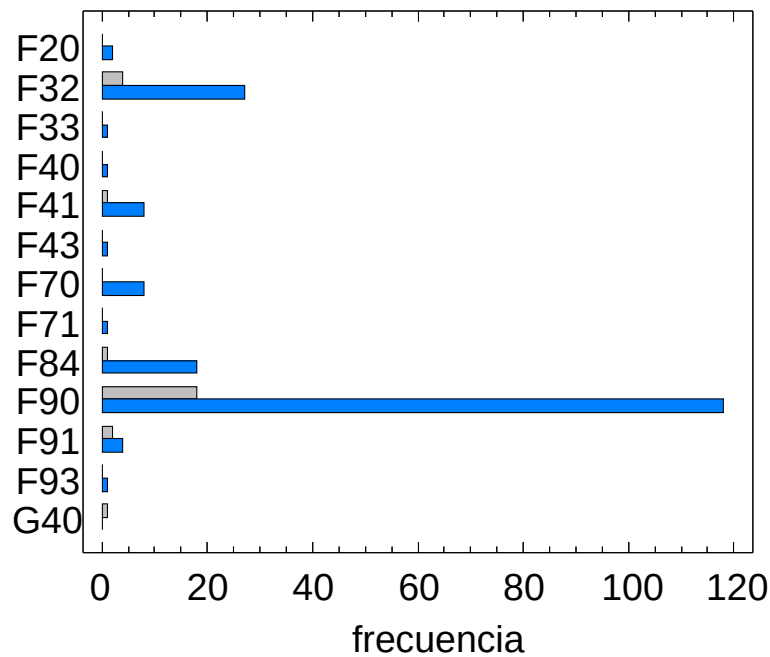
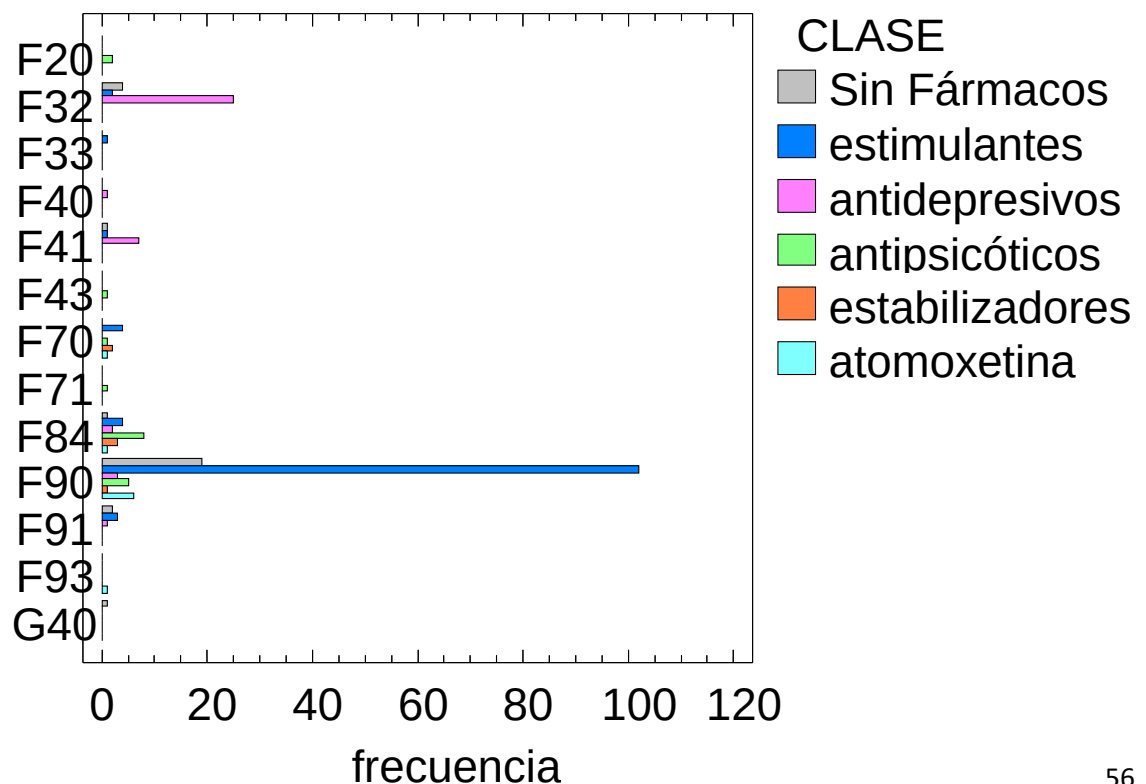


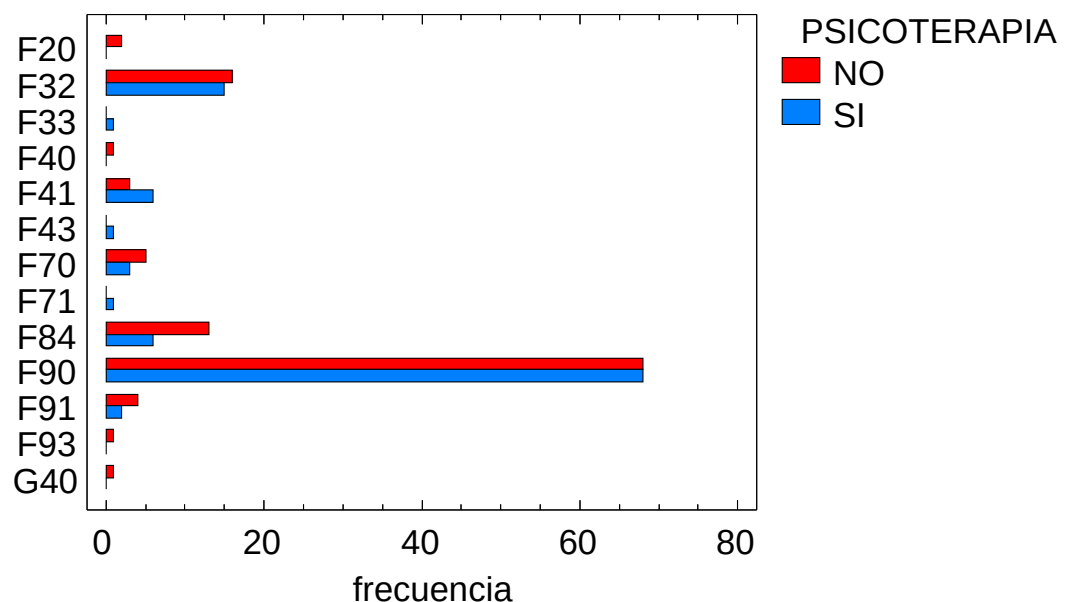
Diagrama 30. de Barras para CIE10 según CLASE



Dentro de la gráfica no se observan diferencias entre el grupo TDM (F32) y el grupo TDAH (F90) sin embargo se requieren otras pruebas para determinar si existe alguna asociación estadística significativa.

9. Comparación de asistencia a psicoterapia grupal en IPEBC por grupo diagnóstico

Diagrama 30. de Barras para CIE10 según ASISTENCIA A PSICOTERAPIA



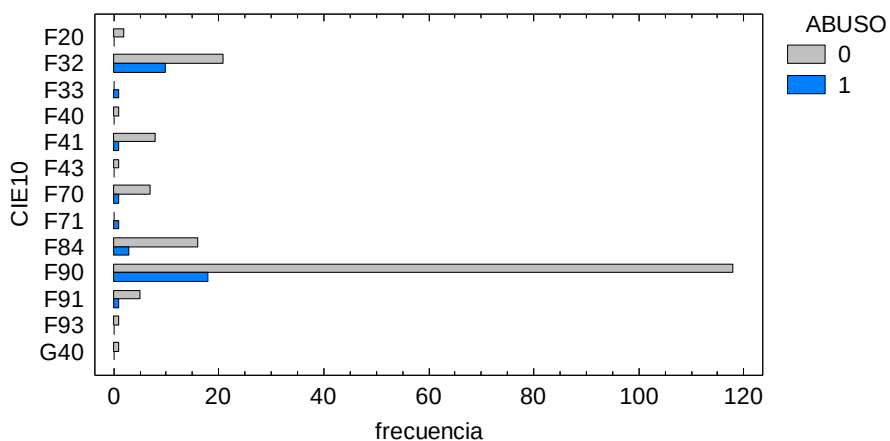
En el grupo (F32) hay una discreta disminución en el número de pacientes que no acuden a psicoterapia, mientras que en el grupo (F90) no hay diferencia significativa entre los que acuden y no acuden a psicoterapia

10. Comparación de reporte de abuso sexual por grupo diagnóstico

Tabla 34. Reporte de abuso sexual

	NO ABUSO	SI ABUSO	Total por Fila
F20	2	0	2
	0.92%	0.00%	0.92%
F32	21	10	31
	9.68%	4.61%	14.29%
F33	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F41	8	1	9
	3.69%	0.46%	4.15%
F43	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F70	7	1	8
	3.23%	0.46%	3.69%
F71	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F84	16	3	19
	7.37%	1.38%	8.76%
F90	118	18	136
	54.38%	8.29%	62.67%
F91	5	1	6
	2.30%	0.46%	2.76%
F93	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
G40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
Total por Columna	181	36	217
	83.41%	16.59%	100.00%

32. Diagrama de Barras para CIE10 según ABUSO



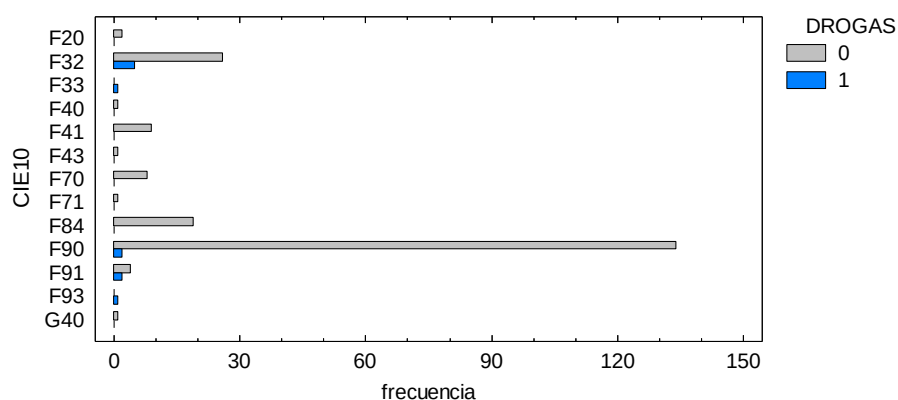
La presencia de abuso sexual reportado es más frecuente en pacientes del grupo (F32) que corresponde a un diagnóstico de TDM vs el grupo (F90) que corresponde al grupo de TDAH, se requiere aplicar alguna prueba estadística para comprobar que sea significativa

11.Comparación por grupo diagnóstico y presencia de uso de drogas

Tabla 35. Reporte de uso de drogas

DX CIE 10	NO USA DROGA	SI USA DROGA	Total por Fila
F20	2	0	2
	0.92%	0.00%	0.92%
F32	26	5	31
	11.98%	2.30%	14.29%
F33	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F41	9	0	9
	4.15%	0.00%	4.15%
F43	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F70	8	0	8
	3.69%	0.00%	3.69%
F71	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F84	19	0	19
	8.76%	0.00%	8.76%
F90	134	2	136
	61.75%	0.92%	62.67%
F91	4	2	6
	1.84%	0.92%	2.76%
F93	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
G40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
Total por Columna	206	11	217
	94.93%	5.07%	100.00%

32. Diagrama de Barras para CIE10 según DROGAS



No se observan diferencias en la gráfica para consumo de drogas en comparación de ambos grupos.

12.Comparación por grupo diagnóstico con la presencia de psicopatología en los padres de usuarios entrevistados.

Tabla 36. Reporte de psicopatología de padres de usuarios

DX CIE 10	SIN PATO	CON PATO	Total por Fila
F20	2	0	2
	0.92%	0.00%	0.92%
F32	11	20	31
	5.07%	9.22%	14.29%
F33	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F41	3	6	9
	1.38%	2.76%	4.15%
F43	0	1	1
	0.00%	0.46%	0.46%
F70	8	0	8
	3.69%	0.00%	3.69%
F71	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
F84	13	6	19
	5.99%	2.76%	8.76%
F90	81	55	136
	37.33%	25.35%	62.67%
F91	3	3	6
	1.38%	1.38%	2.76%
F93	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
G40	1	0	1
	0.46%	0.00%	0.46%
Total por Columna	126	91	217
	58.06%	41.94%	100.00%

34. Diagrama de Barras para CIE10 según PSICPADRES

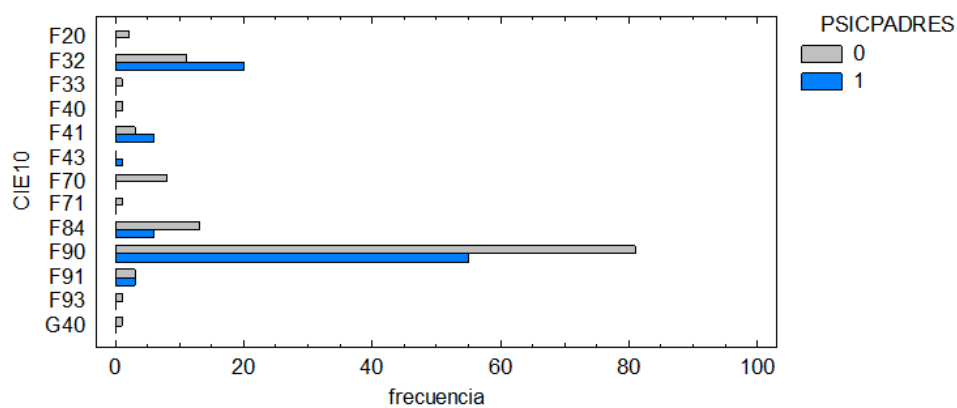


Tabla 37. Distribución de TDAH y TDM

	Sin psicopatología en los padres	Con psicopatología reportada en padres	Total
TDAH	81	55	136
	64.52%	35.48%	
TDM	11	20	31
	59.56%	40.44%	

Se observan más antecedentes de psicopatología en padres de niños con TDAH grupo (F90), en comparación del grupo de niños con TDM (F 32) en la gráfica presente.

HALLAZGOS PARA DISCUTIR SOBRE EL ESTUDIO

1. Análisis sociodemográfico en usuarios de la clínica infantil entrevistados.

En este apartado de forma descriptiva, podemos ver que se atiende un mayor porcentaje de pacientes de género masculino, con edad promedio de 9 años que cursan el tercer año de primaria aproximadamente.

De estos pacientes, el 80 % son alumnos regulares, ya que no han recurrido ningún ciclo escolar. Del porcentaje que sí ha recurrido, reportan que el ciclo escolar más recurrido es el primer y segundo año de primaria.

Para la mayoría de los padres, los trastornos externalizados son la enfermedad más identificada y el 51% de los padres no tienen conciencia de enfermedad mental en sus hijos.

También se reporta que sólo el 11 % de los usuarios presentan comorbilidad médica, el sistema mayor reportado es el respiratorio, con enfermedades alérgicas, asma e infecciones de repetición.

El 80% de los pacientes entrevistados en la clínica infantil del IPEBC se encuentran bajo tratamiento psicofarmacológico, la clase más reportada corresponde a los estimulantes como el Metilfenidato,

seguido de los antidepresivos.

Complementariamente el 50 % de los usuarios toma psicoterapia grupal dentro de la clínica infantil.

Se reportan 16 % de los usuarios como víctimas de abuso sexual, el 94% de los entrevistados niega el consumo de sustancias adictivas alguna vez en la vida, sin embargo, de los usuarios que reportan algún consumo en la vida reportan al alcohol como sustancia consumida.

La mayoría de los usuarios reportan vivir con ambos padres en la ciudad de Mexicali.

El diagnóstico mayor reportado según el expediente electrónico es Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad en un 96%, seguido por Trastorno Depresivo Mayor en un 14 %.

Acerca de los familiares se puede observar que las madres de los usuarios tienen una edad promedio de 34 años y tienen escolaridad secundaria. Los padres presentan una edad promedio de 39 años y de igual forma tienen escolaridad secundaria.

El 27 % de los pacientes presenta antecedente de psicopatología en la familia, siendo los hermanos los más reportados, sin embargo, al analizar si existe psicopatología en los padres se reporta el 41 % de ellos con psicopatología, la más reportada fue adicciones.

2. Análisis estadístico de algunas variables, comparando dos grupos diagnósticos.

Para este apartado se compararon los dos grupos diagnósticos representativos de cada trastorno, siendo del grupo de trastornos internalizados el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, grupo (F32) y para el grupo de trastornos externalizados el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, grupo (F90).

El grupo de trastornos internalizados está formado en su mayoría por pacientes de género femenino, en comparación al grupo de trastornos externalizados que en su mayoría presenta usuarios del género masculino.

La edad promedio del grupo de trastornos internalizados es de 12 años y cursan nivel secundario, en comparación al grupo de externalizados que en promedio tienen 9 años y cursan nivel primario.

Se observa que pacientes del grupo de trastornos externalizados requirió mayor apoyo a nivel académico como educación especializada o grupos de apoyo en comparación al grupo de trastornos internalizados.

Ambos grupos parece ser el mismo riesgo de recursamiento escolar, en la conciencia de enfermedad mental que poseen los padres de familia en relación a la enfermedad de los usuarios, es similar en ambos grupos.

Dentro de los pacientes que se asoció comorbilidad médica, es interesante observar que la comorbilidad metabólica es frecuente en el grupo de trastornos internalizados, en comparación con lo reportado para el grupo de trastornos internalizados que se asoció más con enfermedades respiratorias.

No observa diferencia para el uso de tratamiento psicofarmacológico por grupo estudiado, tampoco se observa entre grupos para acudir a psicoterapia de grupo dentro de la institución.

Se reporta un aumento de abuso sexual reportado en el grupo de trastornos internalizados, en comparación con el grupo de trastornos externalizados.

No se observa diferencia entre ambos grupos para consumo de drogas.

Existe un aumento en el reporte de antecedente de psicopatología en padres para el grupo de trastornos externalizados, en comparación para el grupo de trastornos internalizados.

CONCLUSIONES

Con este trabajo se logra tener una idea de la población que recibe atención por grupo de padecimiento en la clínica infantil del Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California (IPEBC) y con estos datos conocer sobre las características clínicas de ambos grupos, sus diferencias sociodemográficas y escolares, sin embargo no se pueden asociar variables ya que únicamente es un trabajo descriptivo.

Dentro de las limitaciones de un estudio descriptivo, viene la posibilidad que con la información de este estudio se puedan realizar análisis estadísticos como T student o prueba exacta de Fisher que se acodarían al diseño de estudio y podrían dar asociaciones estadísticamente significativas dentro de ambos grupos.

Al obtener un panorama global y conocer a la población infantil que se atiende en IPEBC, se podrían iniciar estrategias preventivas o generar programas de intervención a la población según la prevalencia de padecimiento y generar mejoras en la calidad de atención a los usuarios y sus familias.

ANEXOS

A) CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACION MEDICA; PADRES –HIJOS

Estimado(a) padre/tutor: Se está realizando un proyecto de investigación en la clínica infantil del IPEBC

El objetivo del estudio es determinar las enfermedades mentales más comunes en nuestros usuarios.

El estudio se está realizando en el consultorio 2 y 3 de la Clínica infantil del IPEBC

Si Usted acepta participar y que su hijo(a) participe también en el estudio, ocurrirá lo siguiente:

1. A usted le haremos algunas preguntas acerca de la salud y conductas de su hijo y algunas cuestiones generales de su ambiente familiar.
2. La entrevista/ el cuestionario tendrá una duración aproximada de 30 min en consultorios de la clínica infantil del IPEBC
3. Se le aplicará una cedula sociodemográfica que será realizada por personal capacitado.
4. Beneficios: Podrá colaborar en las mejoras a la calidad y atención de la Clínica Infantil
5. Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número en el análisis del estudio. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).
6. Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le hiciese sentir un poco incomodo(a), a usted y/o a su hijo(a), tiene el derecho de no responderla
7. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento.
8. Si usted acepta participar en el estudio y que su hijo participe también, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Su firma indica su aceptación para que Usted y su hijo(a) participen voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del Padre/Madre/Tutor participante:

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma: _____

Relación con el menor participante _____

Nombre completo del menor participante

Nombre Completo del Testigo:

Dirección

Firma: _____

Relación con el participante _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

Ana Patricia Carrillo Vargas Residente 3 año Psiquiatría

Fecha:

Día / Mes / Año

B) CÉDULA DE CASOS

Cedula de datos generales Estudio de prevalencia de enfermedades mentales en escolares IPEBC

Ficha de identificación

1. Paciente número:
2. Género: Femenino () Masculino ()
3. Años cumplidos: 6() 7 () 8 () 9 () 10() 11 () 12()
4. Escolaridad: regular () regular + USAER () CAM () No acude a escuela ()
5. Grado escolar:
6. Recurso algún ciclo escolar: Si () No () Si, Cual
7. Enfermedad psiquiátrica: Si () No () Si, Cual :
8. Enfermedad médica : Si () No () Si, Cual :
9. Medicamento psiquiátrico : Si () No() Si, Cual:
10. Psicoterapia grupal : si () No()
11. Víctima de abuso sexual : si () No ()
12. Consumo de sustancias; alcohol, tabaco, cannabis : Si () No () Si, Cual:
13. Vive con: Ambos padres () padre/madre () familiares () tutor social ()
14. Edad de los padres: Madre () Padre ()
15. Escolaridad madre:
16. Escolaridad Padre:
17. Psicopatología de los padres Si () No () Si, cual:
18. Psicopatología familiar: Si () No: () Si, Quien :
19. Dirección: Mexicali () Valle de Mexicali () Ensenada () Tijuana () Otro()

Diagnóstico expediente IPEBC:

Aplicador: Ana Patricia Carrillo Vargas R3 Psiquiatría

ANEXO 1: FACTORES PROTECTORES EN SALUD MENTAL INFANTIL

INDIVIDUALES	FAMILIARES	ESCOLARES	SOCIALES
Adecuada alimentación	Presencia de padres	Sentimiento de pertenencia	Relaciones cercanas
Apego adecuado	Armonía familiar	Clima escolar positivo	Oportunidades en momentos críticos
CI superior a la media	Familia pequeña	Grupo de pares	Seguridad económica
Logros escolares	Más de dos años entre embarazos	Colaboración y apoyo	Buena Salud
Habilidades de solución de problemas	Familia responsable	Responsabilidades	Acceso al mercado laboral
Autocontrol	Relación de apoyo con adultos	Reconocimiento de logros	Vivienda digna
Habilidades sociales	Normas sólidas	Reglas en la escuela	
Optimismo	Moral sólida		
Creencias morales	Comunicación afectiva		
Valores universales	Expresión emocional		
Autoestima			

Fuente: Programa de Acción en Salud Mental, 2002

ANEXO 2: FACTORES DE RIESGO EN SALUD MENTAL INFANTIL

INDIVIDUALES	FAMILIARES	ESCOLARES	SOCIALES	EVENTOS
Alteraciones genéticas	Madre adolescente	Peleas con pares	Desventaja socioeconómica	Abuso, físico, sexual
Hipoxia neonatal	Padre/madre soltero	Mala conducta	Discriminación social	Muerte de un familiar
Prematurez	Familia numerosa	Pares desafiantes	Violencia en la zona de vivienda	Desempleo
Bajo peso y parto distócico	Rol antisocial familiar	Fracaso escolar	Vivienda inadecuada	Falta de hogar
CI límite o bajo	Violencia familiar	Cambios de escuela	Falta de servicios básicos	Encarcelamiento
Salud deficiente 1 año de vida	Familia disfuncional	Deserción escolar	Aislamiento social	Pobreza
Apego inseguro	Divorcio	Falta de expectativas	Sociedad competitiva	Accidentes
Temperamento difícil	Negligencia en el cuidado	Expectativas falsas		Cuidado de un enfermo o discapacitado
Enfermedades crónicas	Desempleo de los padres			Residencia en institución
Habilidades sociales deficientes	Psicopatología de los padres			Guerra
Baja autoestima	Adicciones en los padres			Desastres naturales
Alineación	Falta de límites en casa			
Impulsividad	Rechazo familiar			

Fuente: Programa de Acción en Salud Mental, 2002

ANEXOS 3: AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A DISCAPACIDAD EN MÉXICO 2015

POBLACIÓN DE 05-14 AÑOS, AMBOS SEXOS. ENFERMEDADES MENTALES

ENFERMEDAD	AVAD EN PORCENTAJE	INTERVALO DE CONFIANZA
Ts. Depresivos	1.71	1.12-2.42
Ts. Ansiedad	2.72	1.89-3.74
Ts. Espectro autista	2.12	1.64-2.65
Ts. Conducta	4.85	3.23-6.82
Retraso Mental	0.54	0.25-0.87
TDAH	0.25	0.17-0.33
Autolesiones	0.96	0.75-1.19

Fuente: Healthdata, 2015

ANEXO 4: TABLA COMPARATIVA AVAD POR 100 000 EN MEXICO 2015

POBLACIÓN DE 05-14 AÑOS , AMBOS SEXOS.

AVAD AÑO 1990	AVAD AÑO 2015
Enf. No transmisibles	Enfermedades No transmisibles
Enf. Infecciosas	Deficiencia nutricional
Accidentes no intencionales	Ts. Mentales y uso de sustancias
Deficiencias nutricionales	Enf. Crónicas respiratorias
Ts. Mentales y uso de sustancias	Neoplasias
Accidentes vehiculares	Ts. Neurológicos
Enf. Crónicas respiratorias	Enfermedades crónicas DM
Ts. Neurológicos	Lesiones no intencionales
Neoplasias	Enfermedades infecciosas
Enfermedades cardiacas	Accidentes vehiculares

Fuente: Healthdata, 2015

REFERENCIAS:

- Heinze G, Camacho PV (2010). Guía Clínica para el manejo de depresión, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Rutter M, Stevenson J. Using epidemiology to plan services: a conceptual approach. In Rutter's Child- Adolescent Psychiatry, Fifth Edition, Blackwell Publishing 2008 p.71-80
- Heinze G, Camacho PV (2010). Guía Clínica para el manejo de ansiedad. Ed. S Berenzon, J del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora M E, et al. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from de Mexican adolescent mental health survey. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2009;50 (4): 386-395
- Ford T, Hamilton H, Seltzer H, ey al. Predictors of service use for mental health problems among British schoolchildren. Child-Adolescent Mental Health 2008 ;13(1)32-40
- Costello EJ, Mustillo S, Keller G, Angold A. Prevalence of pschychiatric disorders in childhood and adolescence. In: Levin BL, Petrila J, HennesyKD,Menthall Health Services. Oxford
- Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public Health burden. J. Am Acad Child Adol Psychiatry.2005
- Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM -IV Psychiatric Disorders among adolescents in a large metropolitan area. J Psychiatr Res. 2007
- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR,Fischer SA. Age cohort changes in the lifetime ocurrence of depression and other mental disorders. J Abn Psychol. 1993; 102:110-120
- Roberts RE, Chen YW. Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. J Am Acad Child AdolescPchychiatry 1995:81-90
- Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: a meta-analysis. J Abnorm Psychol.2002.
- Merikangas Kr, Avenevoli S, Dierker L, Grillon C. Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorder. N Engl J Med 1999
- Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. N. Engl J Med. 1999
- Lahey BB, Loeber R, Quay Hc, et al. Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática. Los niños en Mexico, XI Censo de Población y Vivienda, 1990. México 1993
- Hofstra MB, derEnde JV, Verhulst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000;39(7)
- Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorder. Br J Psychiatry 1975: 126
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz- Bautista C, Zambrano J: La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Salud Publica Mex, 46
- De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo AJ: La salud mental en México. Fondo de cultura Económica; Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1997
- Szatmari P. Editorial. More than counting milestones in child and adolescent psychiatric epidemiology. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2009; 48
- WHO (2005) Atlas child and adolescent mental health resources and global concerns: Implications for the future
- Merikangas K, Nakamura E . Kessler R. State of the art. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues in Clinical Neuroscience 2009
- Moffit E, Caspi A, Harrington H, et al. Males on the life-course persistent and adolescent-limited antisocial pathways: follow up at age 26. Dev. Psychopathol. 2002
- Flora De La Barra, M., Benjamin Vicente, P., Sandra Saldivia, B., & Roberto Melipillán, A. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. Revista Médica Clínica Las Condes, 23(5), 521-529.
- de la Barra M, F. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. Revista Chilena De Neuro-Psiquiatría, (2009) 47(4).
- Caraveo y Anduaga, Jorge Javier. Cuestionario breve de tamizaje y diagnostico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. Segunda parte Salud Mental, vol.30, núm. 1, enero-febrero,2007, pp.48-55
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E., & Martínez-Vélez, N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. Salud Pública De México, 44(6), 492-498.

- Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). México 2011 pp 2-10
- Hoefnagels C. Previniendo el abuso y abandono infantil. Oxford University Press 2005
- Gold MR, Stevenson D, Fryback DG. HALYS, and QALYS and DALYS, Oh my: similarities and differences in summary measures of population Health. *Annu Rev Public Health* 2002; 23
- Mont D. Measuring health and disability. *Lancet* 2007;369:1658-63
- Palacio, J. D., Ruiz-García, M., Bauermeister, J. J., Montiel-Navas, C., Henao, G. C., & Agosta, G. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental*, 32(Supl 1), 3-16.
- Clinical manual for the psychiatric interview of children and adolescents. Claudio Cepeda. — 1st ed. 2010 American Psychiatric Publishing, Inc. Cap.8-9
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **40**(7) (2001)
- Makris N, Biederman J, Monuteaux MC, et al. Towards conceptualizing a neural systems-based anatomy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Dev Neurosci* 2009; 31: 36.