

11241
2 ej 13

Dr Ricardo Ortega Pineda
Residente de tercer año
Hospital "20 de Noviembre"
I.S.S.S.T.E.

Asesor:
Dr. Antonio Ruiz Taviel de A.
México, D.F. 1984.

FALLA DE ORIGEN

7





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	page
Introducción histórica.....	1
Antecedentes	4
Problema	6
Justificación	7
Marco de referencia	10
Objetivos	12
Hipótesis	12
Diseño	13
Descripción	17
Resultados	18
Discusión	38
Conclusión	45
Bibliografía	47

INTRODUCCION HISTORICA

Los antecedentes más remotos de la pedagogía especializada son del siglo XVI, en España, donde el monje benedictino Pedro Ponce de Leon, inicia estudios en sordomudos. En el siglo XVIII, el judío portugués Pereira crea la Dactilología-Fröebel en el siglo pasado, introduce el juego como imitación social y fundó el primer jardín de infantes, que recibe ese nombre hasta 1850.

Un abogado de la Universidad de Yale, de nombre Clifford Beers escribe el libro "La mente que se halla a sí misma" y se dedica a fundar un movimiento que a sugerencia de Adolf MEyer se llamó Higiene Mental, en 1909 se formó el Comité Nacional para Higiene MEntal con sede en Nueva York.

El pionero del movimiento de las Child Guidance Clinic fué Wuilliam Healy, él reconoció la importancia del trabajador social y su trabajo de campo al utilizar voluntarios para visitar casas y posteriormente reconoció la utilidad de las pruebas psicológicas en el trabajo del clínico, Sus trabajos en delinquentes le permitieron observar la necesidad de conocer al individuo por sí mismo para poder entenderlo.

Mientras el Dr Healy se dedicaba a planear un servicio para niños, en el Hospital de Boston se creaba la primera clínica para pacientes externos, en dicha clínica se empieza a trabajar en equipo, siendo constituido por un psiquiatra, psicólogo y trabajador social, en tratamiento de los casos referidos por agencias sociales, escuelas y padres. En 1930 había 500 clínicas de este tipo en Estados Unidos.

Aichorn, establece en Viena una institución para de--

lincentes adolescentes y es el primero en intentar principios psicoanalíticos en el tratamiento de niños enfermos emocionalmente.

En Inglaterra, en 1920 la clínica Tavistock abre sus puertas y en 1926 se inaugura el departamento infantil. La primera Child Guidance Clinic se abre en 1927 y para 1944 había 95 de estas clínicas en la Gran Bretaña.

En 1943 Leo Kanner publica un artículo titulado -- Transtornos Autista de contacto afectivo que marca el punto de partida para un cuerpo doctrinario de la Psiquiatría Infantil con los modelos conceptuales que le son propios.

Por otro lado, el avance de la Psicofarmacología y conceptos de las Ciencias Sociales aplicados al campo de la Psiquiatría, permiten un paso en los tratamientos, siendo de gran importancia el manejo de la Psiquiatría comunitaria en la década de los sesentas. La experiencia iniciada en el Barrio XIII de Paris, Francia, permite la aplicación de un modelo de hospital de días para niños, permitiendo una observación, seguimiento y manejo a largo plazo, como así lo ha descrito el Dr Diatkine.

En México, se menciona que los primeros pasos institucionales para la atención de la Salud Mental del niño es al crearse la Clínica de la Conducta en 1938 por medio de la Secretaría de Educación, manejada inicialmente por el Dr. José Luis Patiño. En 1966 se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr Juan N. Navarro para la atención de desórdenes mentales graves. En el Hospital Infantil de México desde el año de 1945 se crea el servicio de Paidopsiquiatría para la

ate ción de sus pacientes. En el Centro Médico Nacional del I.M.S.S. este tipo de atención es instaurada a partir de -- 1966.

En 1973, se inicia un programa intitulado Unidad - Terapéutica en el Centro de Salud Dr Gustavo A. Rovirosa -- Pérez de la S.S.A., y posteriormente aplicado en el Hospital Infantil Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro durante el año de- 1980.

Los estudios comunitarios del Dr. Diatkine y poste riormente los estudios escandinavos realizados en la isla - de Samsø señalan en una población de niños de 10 a 14 años- el 16% necesita de ayuda psiquiátrica, asimismo, estudios - publicados en otras dos ciudades escandinavas muestran una- morbilidad del 23 al 25.5%.

En México , los estudios de Calderón N. sobre sa-- lud mental muestran un índice de deficiencia mental del 1.22% En una encuesta de burócratas en 1964 reportan transtornos emocionales en grado menor de 12.25% y en grados mayor 3.05%.

Todos los estudios antes mencionados señalan la ne- cesidad de ofrecer servicios para la Salud Mental en los ser vicios comunitarios en el 16% de la población infantil.

En lo que respecta a los problemas que afectan a la salud mental del niño mexicano, hay pocos estudios epidemiológicos confiables. Las investigaciones que se llevan a cabo -- por grupos de estudiosos de diferentes disciplinas e intereses suelen exhibir alguno o algunos de estos defectos: a) el modelo de la investigación y la metodología empleada no corresponden a planteamientos totalmente científicos; b) se aplican criterios clínicos variables, no comparables entre sí; c) el número de casos estudiados es muy bajo, por lo que , los resultados - tiene escasa validez desde el punto de vista estadístico.

Las palabras anteriores, fueron pronunciadas por el Dr. Rafael Velasco Fernández, presidente de la Asociación Mexicana Psiquiátrica Infantil, en una mesa redonda en el Colegio Nacional , relacionado a la salud mental. Estas son adecuadas para señalar los antecedentes probables y además , nos hace vislumbrar la justificación de este trabajo.

La desolación del área epidemiológica en Paidopsiquiatría se hace patente en la falta de ésta información en - El Banco de Información del Niño Mexicano del DIF, institución que funciona desde el año de 1979.

En el transcurso de este año , en la revista Salud Mental, editada por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en su número trimestral de primavera , aparece el artículo escrito por el Dr Guido Macias, trabajando en un "Análisis cualitativo de 193 casos tratados en la UTNA en 1980". En este programa , se observa una panorámica de las características psicopatológicas y demográficas de los pacientes atendidos incluidos

en el mencionado programa.

En publicaciones internacionales tenemos un artículo publicado en el *Am. Jour. of Psychiatry*, en 1979, en el mes de Febrero, sobre la incidencia de depresión en niños, valorándose en forma más estricta el diagnóstico en forma estricta y señalándose errores en su apreciación diagnóstica. Otra publicación de utilidad es también presentada por la misma revista en su edición de Febrero de 1982 y es sobre los padecimientos psiquiátricos presentes en una comunidad india urbana infantil de los Estados Unidos Americanos.

En las Clínicas Pediátricas de Norteamérica en 1974 y en 1978, aparecen sendos estudios sobre la incidencia de padecimientos psiquiátricos presentados en la CM del pediatra -- trabajándose en adolescentes y niños respectivamente.

Hay otro tipo de publicaciones que son de apoyo como son los estudios sobre la validez de la aplicación del DSM III en niños y la clasificación del G.A.F., presentada en su informe 62 del año de 1966.

PROBLEMA

¿Cuáles son características sociales y sintomática de los pacientes atendidos en la consulta externa de Psiquiatría del Hospital " 20 de Noviembre", durante el año de 1983.

JUSTIFICACION

La enfermedad mental a través de la historia de la Medicina, la podemos ver relegada, negada ó envuelta en un concepto mágico. El avance actual del conocimiento en la -- Psiquiatría, rama de la MEDICINA que la trata, a permitido una atención del individuo en forma más científica y racional, dando como resultado un mayor éxito terapéutico, habiendo una mayor adaptación a la sociedad y con esto un mejor - pronóstico, estos avances en el conocimiento han sido establecidos en las áreas científicas y sociales.

En la época actual y en el momento histórico social de nuestro país, con problemas económicos y problemas prioritarios de salud de tipo infeccioso, es necesario no perder la visión integral del ser humano y realizar un manejo de la salud mental en forma racional y coordinada en el nivel - de los servicios institucionales.

En palabras del DR Rafael Velasco Fernández, Presidente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil, mencionadas en una mesa redonda en el Colegio Nacional, dice : " la atención del niño en lo que toca a los problemas de salud mental ha sido dispersa, fragmentaria. Algunas instituciones gubernamentales han proporcionado servicios integrales - sobre todo aquellas que desde su fundación estuvieron ligadas al sector educativo. El ejemplo es, el de la Clínica de la - Conducta donde se ha sostenido un enfoque interdisciplinario organizado e integral de los servicios prestados a los niños con problemas de conducta, de aprendizaje, de carácter emocional y otros.

En las décadas recientes , otros organismos: el IMAN

primero y el DIF después, la Dirección de Salud Mental con su hospital psiquiátrico infantil, sus centros de salud mentalcomunitaria y otras instancias. La SEP con la extensión de los servicios de la Clínica de la Conducta y sus clínicas de ortolalia, los centros psicopedagógicos, etcétera, amén de las acciones aisladas de organismos descentralizados todos han concurrido con esfuerzos meritorios aunque insuficientes a un tipo de atención del niño que es característica casi exclusiva de los países desarrollados.

"Estan faltando las políticas generales que obedezcan a una filosofía de trabajo bien sustentada en nuestras realidades, las estrategias establecidas por un organismo central y la coordinación de servicios que sería el resultado de subsanar estas carencias, así como la debida ubicación de los servicios de salud mental del niño en el plano de la jerarquización de los problemas de salud. Seguramente esto último llevaría a la decisión de destinar mayores fondos a este campo que hoy, digámoslo con franqueza, esta relegado frente a otros que probablemente implican un menor apremio".

Con esto marco , podemos ver que es necesaria la información del área a trabajar, para ello podemos ofrecer el trabajo de la epidemiología psiquiátrica en los diferentes puntos señalados por Morris, vistos como sigue.

- 1) El diagnóstico de la comunidad.
- 2) El estudio de funcionamiento de los servicios de salud.
- 3) La integración de cuadros clínicos de los trastornos psiquiátricos.
- 4) La identificación de nuevos síndromes.

- 5) La estimación de riesgos individuales para contraer la enfermedad.
- 6) El estudio de la historia natural de los padecimientos.
- 7) El establecimiento de las causas de las enfermedades.

MARCO DE REFERENCIA.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado surge a la vida institucional mexicana a partir de 1960, con una población protegida cercana al medio millón de personas y con un porcentaje anual de crecimiento aproximado en el 12% y para el año de 1983 tenía una población asegurada total de 5,319,402, personas siendo - entre trabajadores, pensionistas y familiares, esto es tanto en la República Mexicana como en el extranjero.

En el área metropolitana hay 2,412.131 personas derechohabientes en el año de 1983, con una población total menor de 18 años de 861,593, derechohabientes.

Los servicios de Psiquiatría constan con atención en la consulta externa en tres hospitales del área metropolitana, uno de ellos es el Hospital "20 de Noviembre", los servicios de hospitalización son subrogados al Hospital Psiquiátrico Infantil Dr Juan N. Navarro.

El porcentaje de derechohabientes estimado para la población menor de 18 años es de 1x181, 387, siendo insuficiente respecto a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud de 1x 20,000 habitantes.

El Hospital "20 de Noviembre" consta con un psiquiatra para la atención de los pacientes atendidos en la consulta externa del hospital y por el número potencial de pacientes por atender, estos son derivados a dos psiquiatras del mismo servicio. El servicio consta como apoyo para la atención del paciente de servicios clínicos y auxiliares de diagnóstico como son Foniatría, Medicina Física y rehabilitación.

tación, Psicología , Neurología, Pediatría, Radiología, Electro-encefalografía y Tomografía Axial Computarizada.

La dinámica del servicio para la atención del paciente consiste en la elaboración de la historia clínica por medio de una historia con características semiestructuradas, el diagnóstico se elabora en forma descriptiva ó sintomática, la historia es realizada por un médico residente de la especialidad de Psiquiatría, el que deberá de evaluar si el paciente amerita atención en el servicio ya sea por haber sido derivado inadecuadamente ó porque el caso amerite una orientación nada más , valora el tipo de estudios pueden apoyar el diagnóstico y si así lo considera adecuado puede iniciar tratamiento farmacológico. Las subsiguientes entrevistas el paciente deberá de hacerlas con el psiquiatra ó psiquiatra que se vaya hacer cargo del caso.

Las modalidades terapéuticas con las cuales son atendidos los pacientes en el servicio giran alrededor de la Terapia familiar y los psicofarmacos.

El paciente que llega al servicio es enviado por su médico en su clínica de adscripción, por otros servicios clínicos del Hospital " 20 de Noviembre" ó por consejo a nivel escolar.

OBJETIVOS.

Objetivo general.- realizar un análisis de los problemas médico-psiquiátricos que se presentan en la consulta externa de Paidopsiquiatría del Hospital "20 de Noviembre" - I.S.S.S.T.E., durante 1983.

Objetivos específicos.- a) Conocer las características sociales de los pacientes atendidos en la consulta externa de Paidopsiquiatría.

b) Conocer las características psicopatológicas de los pacientes atendidos en la consulta externa de paidopsiquiatría.

HIPOTESIS.

Los pacientes de la consulta externa de Paidopsiquiatría del Hospital "20 de Noviembre", presentan problemas conductuales de características específicas dadas la cultura y sistema social en el que están inmersos.

DISEÑO.

El estudio es del tipo de campo exploratorio, descriptivo de carácter retrospectivo y transversal.

El grupo de estudio será toda la población que inicio su atención en el servicio de Paidopsiquiatría en la consulta externa en el año de 1983. Se incluirán a todos aquellos pacientes que realizaron la primera entrevista, aunque posteriormente abandonaron el tratamiento. El criterio de exclusión serán aquellos que no reúnan los datos necesarios del diagnóstico o esten sin el mismo.

Las variables se dividirán en una variable dependiente que será la sintomatología o diagnóstico motivo de la consulta. La clasificación utilizada será la establecida por el G.A.P. en 1966, habiéndose escogida ésta por establecer los diagnósticos en 10 grandes grupos, que permiten una visión panorámica general de la problemática y a la vez cubre todas las áreas diagnósticas. Esto sin embargo, será causa de polémica, ya que otros podrían juzgar que la clasificación del D.S.M. III, también así lo cubre, quedando solo por aclarar que el Manual de Diagnóstico Estadístico cubre áreas de mayor exactitud y no permiten visualizar en una panorámica las necesidades que pueden despertar el conocimiento general de la población en estudio. La clasificación del ICD-9 de la OMS, cubre áreas menores, esto debido quizá a que su trabajo sobre las áreas mentales tiene menor tiempo y más aún en el área infantil. Y por último no se puede negar que la realización de este trabajo es más sencillo el pasar los diagnósticos descriptivos a una sección de grandes grupos a

realizarse a grupos de diagnóstico específicos, ya que hay la posibilidad de la subjetividad, en las otras clasificaciones.

Los grupos diagnósticos establecidos por el G.A.P. son:

I.- Respuestas sanas: crisis del desarrollo, situacionales, otras respuestas.

II.- Desórdenes reactivos.

III.- Desviaciones del desarrollo.

a) desviaciones en los patrones de maduración.

b) desviaciones específicas, sensoriales, lenguaje, de las funciones cognitivas, del desarrollo social, psicosexuales-afectivas, integrativas.

IV.- Desórdenes psiconeuróticos

a) de ansiedad

b) fóbicos

c) conversivos

d) disociativas

e) obsesivo compulsivo

f) depresivos

g) otros

V.- Desórdenes de personalidad: personalidad compulsiva, histérica, ansiosa, sobredependiente, opositiva, sobreinhibida sobre-independiente, aislacionista, desconfiada, desórdenes de la descarga tensional (personalidad impulsiva, desorden sincintónico de la personalidad, desviación sexual, otros - desórdenes).

VI.- Desórdenes psicóticos.

a) Desórdenes psicóticos de la primera infancia.

b) Psicosis de la 2a. infancia

C) Psicosis de la adolescencia.

VII.- Desórdenes psicofisiológicos.

VIII.- Síndromes cerebrales

IX.- Retardo Mental

X.- Otros desórdenes.

Las variables independientes son las siguientes:

- a).- Sexo con dos niveles de clasificación, masculino y femenino.
- b).- Edad, aplicandose un nivel correspondiente a un año de vida (1 a 18 años).
- c).- Grado escolar. Se utilizarán siete niveles: 1) No asiste a la escuela. 2) Guardería. 3) Pre-escolar. 4) Primaria. 5) Secundaria. 6) Preparatoria y 7) Otros.
- d).- La variable edad de la madre se aplicará en forma intervalar correspondiente a cinco años cada intervalo, tendrá 7 niveles. 1) 15 a 19 años. 2) 20 a 24 años. 3) 25-29 años 4) 30 a 34 años. 5) 35-39 años. 6) 40 a 45 años y 7) 45 ó más años.
- e).- La variable ocupación de la madre, se clasificará en 6 niveles: 1) Labores del hogar. 2) Labores manuales remunerativas. 3) Oficina o labores de tipo administrativo no técnico. 4) Labores semiprofesionales 5) Profesionales 6) Otros.
- f).- La variable edad del padre tendrá la misma clasificación a la materna.
- g).- La variable ocupación del padre tendrá características semejantes a las maternas a excepción de omitirse el primer nivel por las características de nuestra población.
- h).- La variable número de hermanos se hará en 7 niveles - iniciando en cero a cinco, el penúltimo sera 6 ó más y el último otros, refiriendonos a medios hermanos.
- i).- La variable orden de nacimiento en la familia se apli

cará en siete niveles, siendo clasificados ordinalmente del 1ero al 5to, el subsiguiente sera sexto o más y el último - se desconoce para el caso de niños adoptados.

j).- La variable antecedentes se clasificará en cuatro niveles. La intención de está variable es conocer a modo grueso los factores potenciales directamente con el padecimiento, - entendiéndose que los resultados solamente nos darán una visión general del problema. La primera será el trauma obstétrico, tomándose todo dato de traumatismo mecánico durante el parto, funcional o necesidad de cirugía, quedarán incluidos también aquellos problemas inmediatos del recién nacido como bajo peso, problemas respiratorios y hematológicos. En el segundo punto se nombrará como familia disfuncional y será aquella familia con pareja nuclear y resto de los familiares, que uno o varios de sus miembros presenten problemas médicos, sociales, económicos que afecten a los demás miembros del grupo. El tercer nivel de clasificación será los -- grupos familiares desintegrados y un último nivel que se anotarán los no mencionados anteriormente.

k).- Se valorará el índice de abandono y de tratamientos -- terminados ó los que continúan bajo tratamiento en está variable de tratamientos.

l).- La variable modalidad terapéutica tiene el fin de conocer que recursos terapéuticos se aplican en los pacientes. Se hará en cuatro niveles siendo Terapia individual, familiar, farmacológica y mixta; está última podrá tener actividades terapéuticas de otras áreas como son la foniatría ó - rehabilitación física o combinación de las anteriores ya cla

sificadas.

DESCRIPCION

Se hará una investigación exploratoria de campo, tomando datos de los expedientes de pacientes de Psiquiatría del servicio de consulta externa del Hospital "20 de - Noviembre" siendo la investigación de tipo retrospectivo y transversal, ya que se efectuará en pacientes que iniciaron su tratamiento en 1983.

Los datos tomados de los expedientes se vaciarán en la cédula de recolección y posteriormente se vaciará a la cédula de concentración. La primera tendrá todas las variables como se redactaron anteriormente y la segunda se hará con la clasificación del G.A.P.

La presentación de los datos se hará en las páginas siguientes por medio de tablas y cruzando la variable dependiente con cada una de las variables independientes y posteriormente se hará el análisis de resultados.

RESULTADOS.

Se realizó la revisión de 264 expedientes de pacientes que iniciaron su tratamiento en el año de 1983, en el servicio de Psiquiatría, consulta externa del Hospital "20 de Noviembre. Fué necesario quitar del estudio 31 expedientes que no cubrían la variable dependiente que era un diagnóstico, ya fuese descriptivo ó sintomático como así estaba presente en el resto. Los diagnósticos establecidos se agruparon de acuerdo a la clasificación diagnóstica del G.A.P.,

Se encontró que el diagnóstico de mayor frecuencia -- (61 casos) correspondiente al 26%, es de los Síndromes orgánicos cerebrales con todas las variantes de sus manifestaciones conductuales que se pueden presentar en el niño, habiendo en un adolescente terminal (17 años) un cuadro delirante - alucinatorio. Continúa en frecuencia los problemas de tipo neurótico en la suma total de las diferentes subclasificaciones (41 casos), con la diferencia de un caso encontramos los desórdenes reactivos (40 casos) correspondiente al 17%, mencionándose que una gran mayoría de estos casos corresponden a reacciones hiperquinéticas con ó sin diferencia en la atención.

Continúa el cuadro de desviaciones del desarrollo con 36 casos correspondiente a el 15% siendo los más frecuentes en el orden madurativo al los trastornos enuréticos y en el orden específico los trastornos del habla.

En quinto lugar aparece los problemas de retraso mental con 23 casos correspondiente al 10%. Las respuestas sanas (que tiene cabida en la clasificación del G.A.P.) encontramos 14 casos correspondientes al 6%, siendo algunos de estos casos presentados por los padres del paciente al descubrir actividad sexual autoeró

tica ó juegos sexuales, algunos otros casos correspondían a crisis de identidad al inicio de la adolescencia.

En el resto de los apartados de la clasificación se encontró en desórdenes psicofisiológicos el 5%, en desórdenes de la personalidad el 3%, siendo este último visto en hombres y presentándose en conductas correspondientes a el sexo contrario, no habiéndose diagnosticado otro tipo de trastorno de personalidad. Los trastornos psicóticos de carácter funcional no se encontró ningún caso. (Tabla 1-2).

En relación al sexo se encontró un discreto predominio del sexo masculino (59%), tanto en las cifras totales como en gran parte de la subclasificación, ya que la excepción fueron los desórdenes neuróticos, psicofisiológicos y las respuestas sanas, en donde predominaba el sexo femenino (Tabla-3)

En la edad se aprecia que el mayor predominio corresponde de los 8 a 11 años, con dos picos que son al ingreso del pre-escolar a los jardines de niños (5 años) y al inicio de la adolescencia 12 y 13 años. (Gráfica 1).

En la variable del grado escolar encontramos que predominan los niños que asisten a la escuela primaria con un 51% continuandoles con una gran diferencia los que estudian la secundaria y los que ingresaron a la escuela pre-primaria con 17 y 14% respectivamente. (Tabla 4 y Gráfica 2).

La edad de las madres predomina en la cuarta década de la vida con 54% en total y le continua el grupo de la quinta década de la vida. (Tabla 5). En la ocupación se detecto que el 51% de las madres se ocupan a labores del hogar y continuaban trabajos de oficina y semiprofesionales, siendo bajo el -

profesional, quizá este sesgo este más dado por el hecho de que el paciente tratado es derechohabiente del ISSSTE , y - por lo tanto, hijo de burocratas.

Datos similares correspondientes a la edad de la madre, son los encontrados en la edad del padre, varia solamente, en una mayor cantidad en el grupo de la quinta década de la vida. En la ocupación del padre se encuentra la actividad de oficina en primer sitio (30%), seguida por labores manuales remunerativas con el 24% y profesionales con el 15% (Tabla 7 y 8 .

La tabla 9 y gráfica 5 muestra claramente que los pacientes tenían una mayor incidencia en ser el primer producto y este dato disminuye conforme van apareciendo los subsiguientes hijos.

En la distribución de la población conforme al diagnóstico y el número de hermanos, encontramos que el 20% de los hermanos del paciente eran uno solo, el 22% eran dos hermanos y 17% correspondían a tres hermanos. Los pacientes que en ese momento eran hijos únicos correspondían al 12%. (Tabla 10).

En la tabla 11, encontramos la variable de los antecedentes siendo más frecuentes los antecedentes de traumatismo al parto y perinatal, y Otros antecedentes con un 32.7% y 35.9% respectivamente, en cuanto a los problemas disfuncionales y de desorganización familiar correspondieron al 16.7% ambos. En los problemas en que se detecta un daño orgánico cerebral específico como es en los síndromes orgánicos cerebrales y el retraso mental, el resultado de ante-

cedentes de traumatismo en el parto y perinatal es del 65% y 61% respectivamente y los trastornos de tipo psicofisiológico aparecen con un 46%.

En la tabla 12 , se reporta el abandono con un 52%- los pacientes que se dieron de alta en el transcurso de las primeras entrevistas fué del 12%, y el resto (36%) continúa bajo tratamiento, ya que no se puede enjuiciar algún abandono dentro de este grupo, por el tiempo que hay entre cada en trevista y solo se pueda pensar en faltar a una sola sesión, siendo esto en determinados.

Con la cifra total de los pacientes dados de alta y que continuen bajo tratamiento podemos observar que tipo de tratamiento recibieron habiéndose encontrado que el 38.5% - recibió tratamiento mixto, el 32% terapia individual , terapia familiar 17% y exclusivamente terapia farmacológica el - 12.5%.

TABLA-1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CONFORME AL DIAGNOSTICO EN
LA CLASIFICACION DEL G.A.P.

CLASIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I.- Respuestas sanas	14	6%
II.- Desórdenes reactivos	40	17%
III.- Desviaciones del desarrollo		
a) Desviaciones específicas	10	4%
b) En patrones de maduración	26	11%
IV.- Desórdenes psiconeuróticos		
a) Ansiedad	7	3%
b) Fóbicos	0	0.
c) Conversivos	3	1%
d) Disociativos	0	0
e) Obsesivos compulsivos	0	0
f) Depresivos	31	13%
g) Otros	0	0
V.- Desórdenes de personalidad	7	3%
VI.- Desórdenes psicóticos	0	0
VII.- Desórdenes psicofisiológicos	11	5%
VIII.- Síndromes Orgánicos Cerebrales	61	26%
IX.- Retardo mental	23	10%
X.- Otros desórdenes	0	0
Totales	233	100%

Fuente: revisión de expedientes C. E. de Paidopsiquiatría

H. 20 de Noviembre , año de 1983.

TABLA- 2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CONFORME AL DIAGNOSTICO EN SU
MAYOR FRECUENCIA .

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Síndromes Orgánicos Cerebrales	61	26%
& Desórdenes Psiconeuróticos	41	17%
Desórdenes reactivos	40	17%
& Desviaciones del desarrollo	36	15%
Retardo Mental	23	10%
Respuestas Sanas	14	6%
Desórdenes Psicofisiológicos	11	5%
Desórdenes de personalidad	7	3%
Desórdenes Psicóticos	0	0
O tros	0	0
TOTALES	233	100%

&.- En estos grupos , son la suma total correspondiente a los
incisos señalados en la clasificación del G.A.P. Tabla-1.

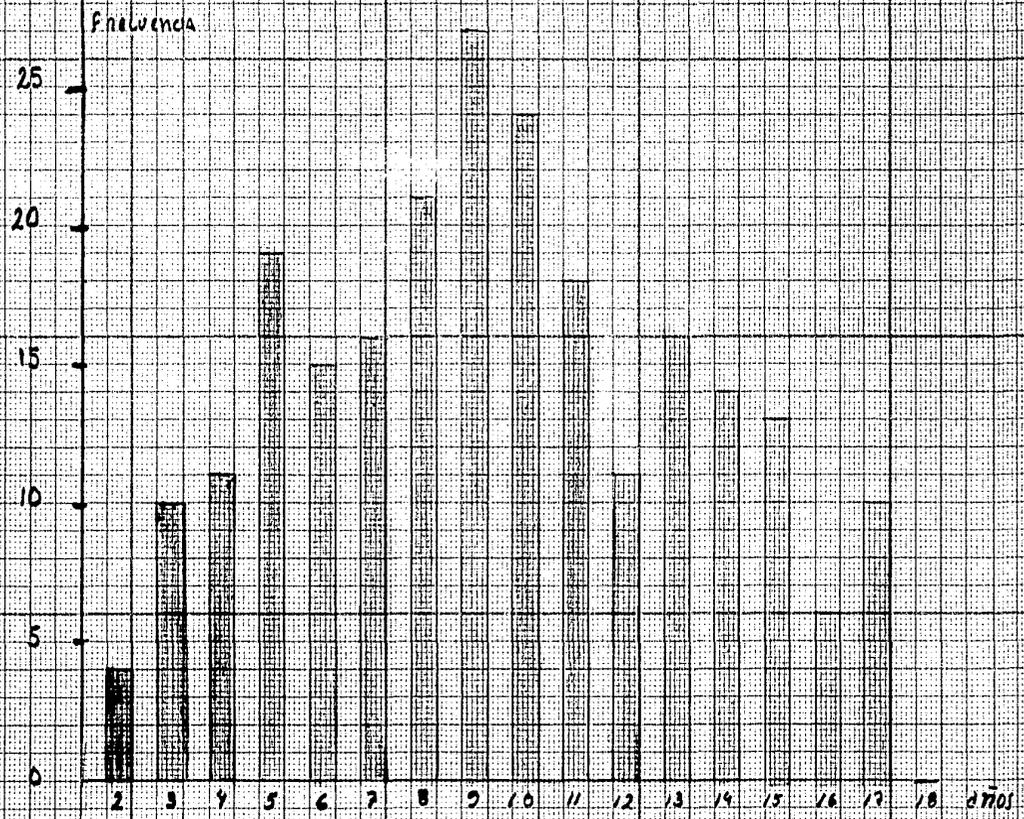
TABLA-3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION CONFORME AL DIAGNOSTICO
SEXO

DIAGNOSTICO	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	ABS	%	ABS	%	ABS	%
1.- Síndrome orgánico Cer.	23	38%	38	62%	61	26%
2.- Desd. Psicóneuroticos	24	59%	17	41%	41	17%
3.- Desd. Reactivos	14	35%	26	65%	40	17%
4.- Desv. desarrollo	9	25%	27	75%	36	15%
5.- Retardo mental	10	43%	13	57%	23	10%
6.- Respuestas sanas	9	64%	5	36%	14	6%
7.- Desord. Psicofisiológico	7	64%	4	36%	11	5%
8.- Desd personalidad	0	0	7	100%	7	100%
9.- Desd. Psicóticos	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-
Totales	96	41%	137	59%	233	100%

Fuente: revisión de expedientes de Paidopsiquiatría del Hospital 20 de Noviembre, consulta externa. Correspondiente al año de 1983.

GRÁFICA 1: RELACION ENTRE FRECUENCIA Y EDAD DE LOS PACIENTES



DISTRIBUCION DE LA POBLACION, POR DIAGNOSTICO Y GRADO ESCOLAR.

TABLA - 4

DIAGNOSTICO	G R A D O E S C O L A R															
	NO ASIS		GUAR		PRE=PRI		PRIM		SEC		PREP		OTROS		TOTAL	
	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%
1.- Sínd. ORG. Cerebral	7	11%	3	5%	9	15%	31	51%	8	13%	3	5%	0	0	61	26%
2.- Desord, Psiconeuró.	0	0	1	2%	2	5%	18	44%	13	32%	5	12%	2	5%	41	17%
3.- Desord. Reactivos	2	5%	0	0	7	18%	26	65%	5	12%	0	0	0	0	40	17%
4.- Desviación desarrollo	1	3%	1	3%	6	17%	22	60%	6	17%	0	0	0	0	36	15%
5.- Retardo Mental	5	22%	0	0	7	30%	9	39%	0	0	0	0	2	9%	25	10%
6.- Respuestas sanas	3	21%	0	0	0	0	6	43%	5	36%	0	0	0	0	14	6%
7.- Desord. Psicofisio.	2	18%	1	9%	2	18%	4	37%	1	9%	1	9%	0	0	11	5%
8.- Desord Personalidad	0	0	0	0	0	0	3	43%	2	28.5%	2	28.5%	0	0	7	3%
9.- Desor Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	20	8%	6	3%	33	14%	119	51%	40	17%	11	5%	4	2%	233	100%

Fuente: Revisión de expedientes de Psiquiatría, H. 20 de Noviembre. C.E. año de 1983.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION, POR DIAGNOSTICO Y GRADO ESCOLAR.

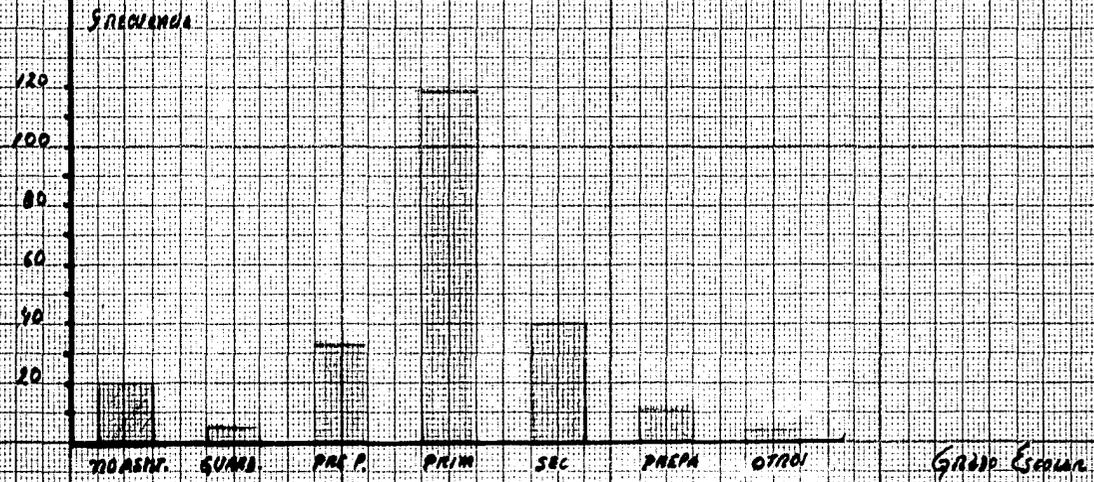
TABLA - 4

DIAGNOSTICO	G R A D O E S C O L A R															
	NO ASIS		GUAR		PRE-PRI		PRIM		SEC		PREP		OTROS		TOTAL	
	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%	AB	%
1.- Sind. ORG. Cerebral	7	11%	3	5%	9	15%	31	51%	8	13%	3	5%	0	0	61	26%
2.- Desord, Psiconeuró.	0	0	1	2%	2	5%	18	44%	13	32%	5	12%	2	5%	41	17%
3.- Desord. Reactivos	2	5%	0	0	7	18%	26	65%	5	12%	0	0	0	0	40	17%
4.- Desviación desarrollo	1	3%	1	3%	6	17%	22	60%	6	17%	0	0	0	0	36	15%
5.- Retardo Mental	5	22%	0	0	7	30%	9	39%	0	0	0	0	2	9%	23	10%
6.- Respuestas sanas	3	21%	0	0	0	0	6	43%	5	36%	0	0	0	0	14	6%
7.- Desord. Psicofisio.	2	18%	1	9%	2	18%	4	37%	1	9%	1	9%	0	0	11	5%
8.-Desord Personalidad	0	0	0	0	0	0	3	43%	2	28.5%	2	28.5%	0	0	7	3%
9.- Desor Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	20	8%	6	3%	33	14%	119	51%	40	17%	11	5%	4	2%	233	100%

Fuente:Revisión de expedientes de Paidopsiquiatría , H. 20 de Noviembre. C.E. año de 1983.

Gráfica 2

RELACION ENTRE FRECUENCIA Y GRADO ESCOLAR.



FUENTE: Tabla: 4

TABLA-5
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO Y EDAD MATERNA

DIAGNOSTICO	E D A D M A T E R N A																	
	15-19A		20-24A		25-29A		30-34A		35-39A		40-44A		45 ó más		Sin INFOR		Tot	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1.- Sínd Org. Cereb.	-	-	2	3%	4	7%	19	31%	17	28%	10	16%	4	7%	5	8%	61	26%
2.- Desd Psiconeurótica	-	-	-	-	-	-	14	34%	8	20%	9	22%	9	22%	1	2%	41	17%
3.- Desd. Reactivos	-	-	2	5%	4	10%	13	33%	8	20%	5	12%	6	15%	2	5%	40	17%
4.- Desv. desarrollo	-	-	2	6%	7	19%	14	39%	9	25%	3	8%	3	8%	1	3%	36	15%
5.- Retardo Mental	-	-	3	13%	5	22%	4	17%	5	22%	3	13%	2	9%	1	4%	23	10%
6.- Respuestas sanas	-	-	2	14%	2	14%	5	36%	3	22%	1	7%	1	7%	-	-	14	6%
7.- Desd Psicofisiol.	-	-	-	-	4	37%	1	9%	2	18%	2	18%	1	9%	1	9%	11	5%
8.- Desd personalidad	-	-	-	-	1	14%	-	-	3	43%	-	-	1	14%	2	28%	7	3%
9.- Desd Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	-	-	11	5%	27	12%	70	30%	55	24%	30	13%	27	12%	13	6%	233	100

Fuente: Revisión de expedientes de Psiquiatría. C.M.H. 20 de Noviembre, año de 1983.

TABLA = 6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO Y OCUPACION MATERNA

DIAGNOSTICO	O C U P A C I O N M A T E R N A															
	HOGAR		LABM.R.		OFIC		SEMIP.		PROP.		OTROS		SIN INF.		TOTAL	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1.- Sínd. Org. Cerebral	25	38%	2	3%	15	21%	16	26%	4	7%	1	2%	2	3%	61	26%
2.- Desd. Psiconeurótico	12	33%	4	11%	9	25%	5	14%	3	8%	2	6%	6	15%	41	17%
3.- Desd. Reactivos	16	40%	2	5%	8	20%	9	23%	1	2%	2	5%	2	5%	40	17%
4.- Desv. Desarrollo	23	64%	3	8%	5	14%	1	3%	2	6%	1	3%	1	2%	36	15%
5.- REtardo Mental	13	57%	1	4%	5	22%	4	17%	-	-	-	-	-	-	23	10%
6.- Respuestas sanas	8	57%	-	-	5	36%	1	7%	-	-	-	-	-	-	14	6%
7.- Desd. Psicofisio.	2	18%	1	9%	5	46%	1	9%	1	9%	1	9%	-	-	11	5%
8.- Desd. Personalidad	3	43%	-	-	-	-	2	28.5%	-	-	-	-	2	28.5%	7	3%
9.- Desd Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	100	42%	13	6%	50	21%	39	17%	11	5%	7	3%	13	6%	233	100%

Fuente: Revisión de expedientes de Paidopsiquiatría, C.E. H. 20 de Noviembre, año de 1983.

TABLA- 7
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO Y EDAD PATERNA

DIAGNOSTICO	E D A D												P A T E R N A		Total			
	15 - 19a		20-24a		25 - 29a		30-34a		35-39a		40-44a		45 ó más			Sin Inf		
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%		A	%	
1.- Sínd. Org. Cer.	-	-	-	-	5	8%	16	50%	16	26%	9	15%	13	21%	-	-	61	26%
2.- Desd. Psiconeu.	-	-	-	-	1	2%	8	20%	12	29%	7	17%	10	24%	3	7%	41	17%
3.- Desd. Reactivos	-	-	1	2.5%	2	5%	10	25%	14	35%	6	15%	7	17.5%	-	-	40	17%
4.- Desv. desarrollo	-	-	-	-	3	3%	12	33%	5	14%	5	14%	4	11%	7	20%	36	15%
5.- Retrdo Mental	-	-	1	4%	3	13%	7	3%	4	17%	3	13%	5	22%	-	-	25	10%
6.- Respuestas sanas	-	-	1	7%	1	7%	5	36%	-	-	4	29%	3	21%	-	-	14	6%
7.- Desd. Psicofi.	-	-	-	9	2	18%	1	9%	5	46%	1	9%	2	18%	-	-	11	5%
8.- Desd. Persona.	-	-	-	-	-	-	1	14%	1	14%	2	29%	1	14%	2	29%	7	3%
9.- Desc. Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	-	-	3	1%	17	7%	62	27%	57	24%	37	16%	45	19%	12	5%	233	100%

Fuente: Revisión de expedientes de Paidopsiquiatría, H . 20 de Noviembre, C.E. año de 1983.

TABLA- 8
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO Y OCUPACION PATERNA

DIAGNOSTICO	O C U P A C I O N P A T E R N A													
	Labor Remuner.		OFICIAL		SMIP.		PROF		OTROS		Sin Inf		Total	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1.- Sínd. Org. Cerebral	8	15%	22	36%	9	15%	12	20%	8	13%	2	3%	61	26%
2.- Desd. Psiconeurótico	9	22%	14	34%	5	7%	6	15%	2	5%	7	17%	41	17%
3.- Desd. Reactivos	11	28%	14	35%	4	10%	6	15%	5	12%	-	-	40	17%
4.- Desv. desarrollo	8	22%	6	17%	6	17%	9	25%	4	11%	3	8%	36	15%
5.- Retardo MEental	9	39%	6	26%	2	9%	2	9%	1	4%	3	13%	23	10%
6.- Respuestas sanas	7	50%	3	22%	1	7%	2	14%	1	7%	-	-	14	6%
7.- Desd. Psicofisio.	2	18%	4	37%	1	9%	2	18%	2	18%	-	-	11	5%
8.- Desd. Personalidad	1	15%	-	-	2	29%	2	29%	1	-	2	29%	7	3%
9.- Desd Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	55	24%	69	30%	28	12%	41	17%	23	10%	17	7%	233	100%

Fuente: revisión de expedientes de Psiquiatría, H. 20 de Noviembre C.E. año 1983

TABLA- 9
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO Y ORDEN DE NACIMIENTO.

DIAGNOSTICO	O R D E N D E N A C I M I E N T O															
	1º		2º		3º		4º		5º		6º ó más		Sin Inf.		Total.	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1.- Sínd. Org. Cereb.	25	38%	14	23%	11	18%	5	8%	2	3%	5	8%	1	2%	61	26%
2.- Desd. Psiconeur.	16	39%	10	25%	7	17%	4	10%	1	2%	2	5%	1	2%	41	17%
3.- Desd. Reactivos	10	25%	19	47%	4	10%	2	5%	-	-	5	3%	-	-	40	17%
4.- Desv. desarrollo	22	61%	7	19%	4	11%	-	-	-	-	1	3%	2	6%	36	15%
5.- Retardo Mental	8	35%	8	35%	2	9%	3	13%	-	-	1	4%	1	4%	23	10%
6.- Respuestas sanas	6	45%	4	29%	1	7%	2	14%	-	-	1	7%	-	-	14	6%
7.- Desd Psicofisio	5	45%	3	23%	2	18%	-	-	1	9%	-	-	-	-	11	5%
8.- Desd. Personalidad	4	57%	1	14%	1	14%	1	14%	-	-	-	-	-	-	7	3%
9.- Desd. Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	94	41%	66	28%	32	14%	17	7%	4	2%	15	6%	5	2%	233	100%

Fuente: Revisión de expedientes de Paidopsiquiatría, H. 20 de Noviembre C.E. año de 1983

FRECUENCIA

100

90

80

70

60

50

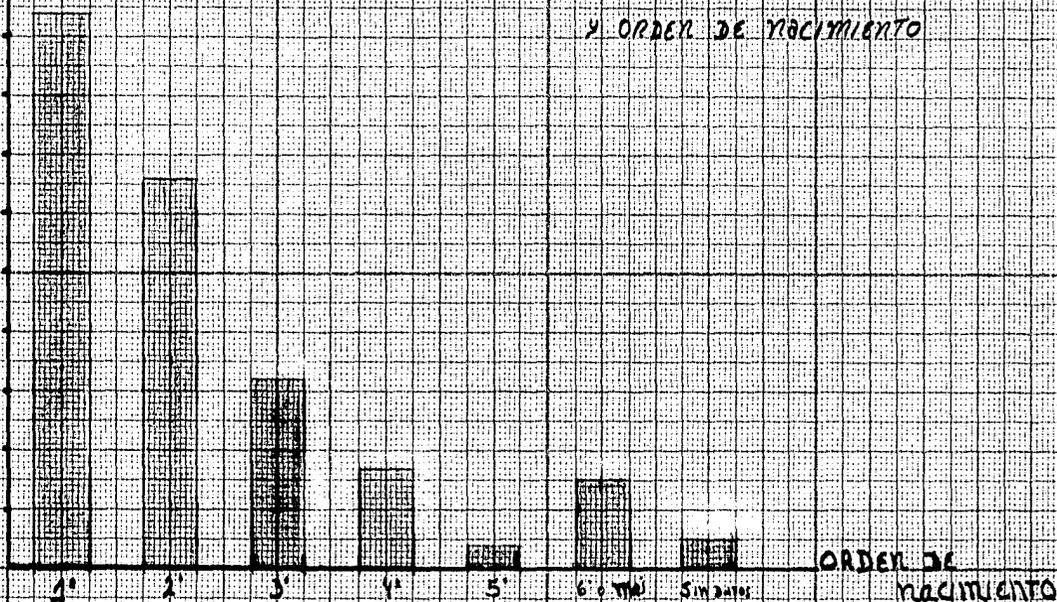
40

30

20

10

Gráfica 3 RELACION ENTRE NUMERO DE CASOS
Y ORDEN DE NACIMIENTO



Fuente: Tabla 9

TABLA- 10
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO Y NUMERO DE HERMANOS

DIAGNOSTICO	N U M E R O D E H E R M A N O S																	
	Ninguno		1		2		3		4		5		6 ó más		Otros		Total	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1.- Sín. Org. Cereb.	9	15%	13	21%	15	25%	7	11%	8	13%	2	3%	6	10%	1	2%	61	26%
2.- Desd. Psiconeur.	3	7%	9	22%	5	12%	12	30%	5	12%	3	7%	3	7%	1	2%	41	17%
3.- Desd. Reactivos	3	7%	12	30%	10	25%	7	17%	3	7%	2	5%	3	7%	-	-	40	17%
4.- Desv. desarrollo	5	14%	13	36%	8	22%	7	19%	1	3%	-	-	1	3%	1	3%	36	15%
5.- Retardo Mental	2	9%	6	27%	7	30%	4	17%	1	4%	2	9%	1	4%	-	-	23	10%
6.- Respuestas sanas	2	14%	5	36%	4	29%	2	14%	-	-	1	7%	-	-	-	-	14	6%
7.- Desd. Psicofisio.	3	23%	5	45%	1	9%	1	9%	-	-	-	-	1	9%	-	-	11	5%
8.- Desd. Personalid.	-	-	2	29%	2	29%	-	-	1	14%	1	14%	-	-	1	14%	7	3%
9.- Desd Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	27	12%	65	28%	52	22%	40	17%	19	8%	11	5%	15	6%	4	2%	233	100%

Fuente: revisión de expedientes de Paidopsiquiatría, H. 20 de Noviembre C.E. año de 1983.

TABLA- 11

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ENTRE DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNOSTICO	ANTECEDENTES									
	Trauma- tismo		Familia		Familia		Otros		TOTAL	
	Parto		Disfun.		Desorg.					
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1.- Sínd. Org. Cerebral	40	65%	3	5%	6	10%	12	20%	61	26%
2.- Desd. Psiconeurótico	3	7%	7	17%	12	29%	19	47%	41	17%
3.- Desd. reactivos	5	12.5%	11	27.5%	9	22.5%	15	37.5%	40	17%
4.- Desv. desarrollo	9	25%	9	25%	5	14%	13	36%	36	15%
5.- Retardo Mental	14	61%	1	4%	2	9%	6	26%	23	10%
6.- Respuestas sanas	2	14%	2	14%	2	14%	8	52%	14	6%
7.- Desd. Psicofisiol.	2	18%	5	46%	2	18%	2	18%	11	5%
8.- Desd. personalidad	1	14%	1	14%	1	14%	4	57%	7	3%
9.- Desd. Psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	76	327%	39	167%	39	167%	79	339%	233	100%

Fuente: revisión de expedientes del H. 20 de Noviembre C.E.

Paidopsiquiatría, año de 1983.

TABLA - 12

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO Y EVOLUCION
TERAPEUTICA

DIAGNOSTICO	EVOLUCION				TERAPEUTICA			
	ABANDONO T.		TRAT INT		ALTA		TOTAL	
	A	%	A	%	A	%	A	%
1.- Sínd Org. Cerebral	24	39%	33	54%	4	7%	61	26%
2.- Desd Psiconeuróti.	30	73%	11	27%	-	-	41	17%
3.- Desd Reactivos	17	42%	15	37%	8	20%	40	17%
4.- Desv desarrollo	23	64%	7	19%	6	17%	36	15%
5.- Retardo Mental	9	39%	7	30%	7	30%	23	10%
6.- Respuestas sanas	6	43%	5	36%	3	21%	14	6%
7.- Desd Psicofisiol.	9	82%	2	18%	-	-	11	5%
8.- Desd personalidad	3	43%	4	57%	-	-	7	3%
9.- Desd psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	121	52%	84	36%	28	12%	233	100%

Fuente : revisión de expedientes de Paidopsiquiatría H.20 Nov.
C.E. año de 1983.

TABLA- 13
DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR DIAGNOSTICO Y MODALIDAD TERAPEUTICA

DIAGNOSTICO	MODALIDAD TERAPEUTICA									
	TERAPIA INDIVIDUAL		TERAPIA FAM		TERAPIA FARMA		TERAPIA MIXTA		TOTAL	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1.- Sínd. Org. Cereb.	1	2%	2	5%	8	23%	26	70%	37	33%
2.- Desd. Psiconeurót.	9	11%	2	19%	-	-	-	-	11	10%
3.- Desd Reactivos	8	35%	9	39%	-	-	6	26%	23	20.5%
4.- Desv. desarrollo	2	16%	1	8%	5	38%	5	38%	13	12%
5.- Retardo Mental	5	56%	2	14%	1	7%	6	43%	14	12.5%
6.- Respuestas sanas	6	75%	2	25%	-	-	-	-	8	7%
7.- Desd psicofisiol.	2	100%	-	-	-	-	-	-	2	2%
8.- Desd personalidad	3	75%	1	25%	-	-	-	-	4	3%
9.- Desd. psicóticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10.- Otros	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totales	36	32%	19	17%	14	12.5%	43	38.5%	112	100%

Fuente : revisión de expedientes de Psiquiatria . CE H. 20 de Noviembre año de 1983.

DISCUSION

La ausencia de estudios epidemiológicos a nivel institucional, producen una real dificultad tanto para la proyección y realización del estudio como su discusión y comparación, ya que al hacer esto último se incurren en múltiples errores metodológicos.

La comparación de resultados servirá principalmente para tener una panorámica de que población se atiende en relación a otras instituciones como es en el estudio del Dr. Guido Macias, pero se debe aclarar que el mencionado estudio forma parte de un programa piloto institucional y los recursos empleados sean mayores en un momento dado y el servicio prestado a nivel institucional de los trabajadores del estado es de carácter asistencial-curativo y además las clasificaciones utilizadas para la realización diagnóstica son diferentes.

La comparación con estudios reportados en otros sitios como son las publicaciones norteamericanas solo son un punto de observación gral que nos permite tener idea de la veracidad de los resultados obtenidos y entender las diferencias de los mismos.

Las dificultades en la obtención de los datos para el estudio lo hace evidente el hecho de que 264 pacientes vistos por primera vez, 31 de ellos no se concluye ningún diagnóstico y siendo éste fundamental para el estudio son excluidos, señalando a su vez la variedad de criterios en la realización diagnóstica.

Se obtiene como resultado con mayor frecuencia de aparición son los síndromes orgánicos generales, diagnósti-

co en el cual se agrupan manifestaciones conductuales (agresividad, angustia, problemas en la adaptación), acompañadas de desviaciones del desarrollo, trastornos de la atención con problemas en el desarrollo cotidiano de las actividades del niño, crisis convulsivas, todos ellos con un EEG anormal ya sea diagnosticado con crisis paroxísticas convulsivantes generalizadas o no, difusas o específicas a áreas determinadas, ejem.: área frontal, temporal o bitemporal. Este resultado se obtiene en un 26%, encontrándose una marcada diferencia al resultado del DR Macias en que se menciona el 3%.

En el resto de los resultados de esta área específica encontramos que la relación de este diagnóstico con el antecedente de traumatismo en el parto y perinatal es del 65% y se encuentra relacionado con el hecho de que el 38% de estos pacientes son el primer hijo de la pareja (la más alta cifra de esta variable).

El índice de abandono de este grupo de pacientes es menor que de todos los pacientes en general, 39% contra el 52% general, esto es dado por la variedad de la sintomatología que hace evidente el padecimiento a los familiares y estos busquen con mayor interés la curación de su familiar y también esta complejidad sintomática nos hace observar que se necesita una terapéutica multidisciplinaria como lo señala el 70% de Terapia mixta aplicada a los pacientes.

Los resultados nos muestran que los problemas relacionados al nacimiento, sus secuelas se hacen presentes -- tiempo después y esto se ha señalado siempre como una mayor

frecuencia en los países subdesarrollados y así mencionado por el Dr. Rafael Velasco Fernández, en la Mesa redonda -- sobre Salud Mental de 1981, en el Colegio Nacional.

Los desórdenes psiconeuróticos ocupan el segundo lugar de frecuencia en este estudio , llamando la atención que en sus diferentes subclasificaciones hay una marcada - diferencia en la incidencia de una a otra variedad, como aí lo describe el 15 % de los problemas depresivos contra el 3% de los problemas ansiosos y el 1% de los conversivos y el resto de los resultados en neurosis son marcados en - cero , siendo esto específicamente en problemas obsesivo--compulsivos, fóbicos y disociativos.

Estos resultados nos hacen recordar las contro--versias que existen en la existencia de dicho diagnóstico- en las clasificaciones, ya que se ha dudado que existan los cuadros neuróticos puros en la infancia. En el reporte del Dr.Macias, no se reportan problemas neuróticos.

Por otro lado, el Dr Kashani, en un estudio realizado en niños de 6 -16 años , aplicando criterios diag--nósticos más estrictos en el área de depresión observo una baja considerable a los reportes.

Volviendo a los problemas neuróticos reportados- encontramos que el resultado es semejante a lo publicado - en la incidencia al sexo , ya que aquí hay una discreta di-ferencia hacia el sexo femenino(59%).

Se reporta una mayor tendencia al abandono del - tratamiento y no se obtuvieron altas en la atención de es-te grupo. El abandono está dado principalmente a nuestra -

observación por la lejanía de las citas y los cambios de terapeuta(el primer entrevistador, médico residente, y posteriormente el médico tratante, psiquiatra).

El tercer diagnóstico en frecuencia son los desórdenes reactivos, en donde , se encuentra un grupo heterógeno en su sintomatología y su origen, siendo el de mayor frecuencia los trastornos hiperquinéticos sin una área-específica anatómica demostrada como el causante de la sintomatología. No ahondamos al respecto, ya que continua siendo punto de discusión en la literatura mundial " la-organicidad" de dicho diagnóstico y no es el objetivo de este estudio.

El cuarto diagnóstico en frecuencia fué las desviaciones del desarrollo con un 15% con 36 casos, siendo la desviación maduracional más frecuente la enuresis nocturna reportado en el estudio del Dr. Macias en que es un trastorno específico el de mayor frecuencia (Trastornos en el habla), pero que porceptualmente semejante (9% del Dr. Macias con 4% de este estudio).

También se observa que en estos problemas de desviaciones del desarrollo hay un 61% de incidencia de que los pacientes son el primer producto y que en la suma de los porcentos de problemas familiares son el 39%, mayor porcentaje en ese grupo.(Tabla 11).

El quinto diagnóstico en frecuencia es el retraso mental con el 10% y 23 casos. Tiene unas características semejantes en los antecedentes a los trastornos orgánicos , asimismo en el abandono que también es menor y

la diferencia con los síndromes orgánicos cerebrales son en que estos pacientes por tener necesidades de escuelas especializadas por considerarse "entrenables", son canalizados a otras instituciones. La cifra porcentual es coincidente al resultado reportado por el Dr. Macias.

El sexto lugar ocupado por las respuestas sanas con un 6%, el 56% de estos son el primer producto en el núcleo familiar, indicando que la pareja es más inexperta en la educación. Llama la atención que estos cuadros de respuestas sanas sean principalmente en reacciones de adaptación del adolescente (similar en reporte del Dr. Macias) y en el área de la sexualidad y esto nos lleva a ver la necesidad de la educación sexual en la vida familiar señalado en el encuentro multidisciplinario dedicado al Niño y la Familia de Hoy y Mañana, efectuado en la ciudad de México en 1980, por la Dra Gloria Lewis, mencionándose que en el estudio de Yankelevich, el 65 a 85% de padres y adolescentes creían necesaria la educación sexual a nivel familiar a que se establezca a nivel escolar o institucional.

El séptimo lugar se encuentra los desórdenes psicofisiológicos con un 5% presentándose casos variados de neurodermatitis, asma bronquial y otros trastornos, presentando una gran incidencia de abandono (la mayor, 82%), dicho padecimiento no es mencionado en el trabajo del Dr. Macias.

El octavo trastorno reportado es el de personalidad, llamando la atención que estos tenían la misma sintomatología y todos eran del mismo sexo, se reportaba problemas en la conducta sexual, siendo esto en conductas "afeminadas" y -

en un adolescente actividad sexual con personas de su mismo sexo. Es de tomarse en cuenta que no se realice otros diagnósticos en esta área; esto puede ser por dos causas: la primera que otros problemas de personalidad menos francos causen menos problemas a nivel familiar y los miembros de la familia no los detecten y no sean llevados a atención médica, el otro es de que no se elabore este diagnóstico por falta de experiencia del entrevistador.

Los trastornos psicóticos no se detectaron y esto es probablemente resultado de que el grupo estudiado es pequeño, y este tipo de trastornos tiene una incidencia baja en grupos de estudios mayores y además, este tipo de trastornos son usualmente atendidos en hospitales psiquiátricos y continúan bajo control en ese sitio.

Los resultados obtenidos en relación al sexo son semejantes a los reportes de la literatura mundial en que hay una discreta diferencia con mayor incidencia en el sexo masculino.

La edad de los pacientes en el presente estudio coinciden con el reporte del Dr. Macias, en que hay un predominio de los 8 a 11 años y además se reporta dos pequeños aumentos; uno al ingreso a la escuela pre-primaria (5 años) y el otro al inicio de la adolescencia. Estos dos períodos pueden estar dados por ser ansiógenos de naturaleza y determinar presencia de síntomas ó hacerlos más claros y con esto detectables para los familiares o educadores.

En relación a los antecedentes, podemos apreciar que los resultados son pobres debido a que su clasificación

para el estudio contenía áreas amplias, siendo la causa que es una área muy compleja y que en sí necesita estudios por sí mismos. Sin embargo, los resultados aportados son válidos, como es lo comentado en páginas anteriores, en que se encuentra una frecuencia mayor del antecedente traumático - al nacimiento y los trastornos con bases orgánicas detectadas como dañadas (Síndrome orgánico cerebral y retraso mental). Los resultados sobre las familias disfuncionales y desorganizadas muestran que hay una leve preponderancia en determinadas subclasificaciones, siendo de un leve predominio de las familias desorganizadas, y en las cifras totales los dos tipos de familias tenían el mismo resultado. Este resultado no es como los resultados de tipo internacional en que se menciona que hay una alta incidencia de ausencia parental y psicopatología en la infancia.

Los resultados obtenidos sobre el abandono de la terapéutica, en lo general son discretamente mayores a los reportes internacionales de abandono de terapéutica que es de 45% por el 52% de abandono inicial.

Los porcentajes obtenidos sobre las terapéuticas establecidas nos marcan un discreto aumento de la terapia mixta sobre las otras (terapia individual, familiar y farmacológica), y nos vislumbran la necesidad de equipos multidisciplinarios en el tratamiento del paciente infantil.

CONCLUSION

Los resultados obtenidos nos señalan que la patología observada en los pacientes, tiene fundamentos socio-demográficos caracterizados por ser individuos de un país pobre con áreas urbanas niperdesarrolladas y pertenecientes a una clase social media baja. La patología más frecuente es el diagnóstico cerebral orgánico con los antecedentes de problemas perinatales siendo esto contrastante con la patología de las poblaciones infantiles norte-americanas en que los problemas clasificados por intervalos de edad son adaptativos y/o conductuales.

Los resultados relacionados a los antecedentes nos muestran un 33% de los pacientes con problemas de tipo social en la familia, lo cual , señala la necesidad de promover y prevenir en el área de salud mental. Winnicott, dice que - salud es madurez, entonces la inmadurez, de la clase que -- sca , es mala salud mental y, por ende, una amenaza para el individuo y una pérdida para la sociedad, el adulto maduro debe de proveer para la salud.

Se aprecia que la resolución de los problemas del paciente infantil alcanzan diferentes esferas del saber y - actividad humana, para poder cubrir estas, es imperioso reconocer la necesidad de un manejo multidisciplinario con -- marcos teóricos establecidos y lineamientos de trabajo precisos, produciendo la optimización de recursos para la atención.

El estudio abre y señala necesidades de estudios e pidemiológicos continuados con metas más específicas para - proporcionar información más precisa y moldear los servi-

cios asistenciales a estas necesidades descubiertas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Macias Valadez. Programa de intervención terapéutica para niños y adolescentes en centros de salud. Cuadernos científicos. CEMESAM. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México Vol XII, 1980 , pags 227-244.
- 2.- De La Fuente y Campillo. La Psiquiatría en México: una perspectiva histórica. Gaceta Médica de México. Vol III-5 Mayo 1976. Pags 421-436.
- 3.- Freedman y Kaplan, Comprehensive textbook of Psychiatry Tomo III, pags 2417-2421. Williams and Wilkins, Third edition, Baltimore, 1980.
- 4.- Caraveo A. Análisis crítico y perspectivas futuras de la epidemiología en México. Salud Mental V5-1 Primavera 1982 Pags 13-19.
- 5.- Velasco Fernández R. Mesa redonda sobre Salud Mental. Trabajo leído en El Colegio Nacional. Diciembre 1981.
- 6.- Macias Valadez. Análisis cualitativo de 193 casos tratados en la Unidad terapéutica para niños y adolescentes en 1980 Salud Mental V-7- 1, Primavera 1984. Pags 19-28.
- 7.- Group for the advancement of Psychiatry. Psychopatological disorders in childhood. New York , 1966.
- 8.- Russell, Mattison y Cantwell, DSM-III en the clinical practice of child Psychiatry. Journal Clin. Psychiatry. Vol 44 1983, pags 86-90
- 9.- American Psychiatry association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3 edición , Washington, 1980.

- 10.- Kashani y Simonds The incidence of depression in children. Am Jour. Psychiatry Vol 136-9 sept 1979. Pags - 1203- 1205.
- 11.- Beiser y Attneave. Mental disorders among native american children; rates and risk for entering treatment. - Am. J. Psychiatry Vol 139- 2 Feb. 1982 pags 193-198.
- 12.- Whitman y cols. Psychopathology and seizure type in- children with epilepsy. Psychological medicine Vol 12 1982. Pags 843-855.
- 13.- Velasco Fernández R. El niño hiperquinético. Los sín- dromes de disfunción cerebral. Editorial Trillas México 1980.
- 14.- Bennet y Gayalva. Prepaid comprehensive mental health services for children. Journal of the american academy of child Psychiatry. Vol 21-5 1982 pags 486-491.
- 15.- Carek. Study of a child psychiatrist' s interventions Journal of the american academy of child Psychiatry. Vol 21-5 , 1982 page 492-495.
- 16.- Lewis Gloria. Sex education. A family responsibility. en El niño y la Familia. Compendio del XI Congreso -- Mundial de la Federación internacional para la educación de los padres, 1980. pags 287-290.
- 17.- Zuger. Early effeminate behavior in boys. The journal of nervous and mental disease. Vol 172-2 Feb , 1984 90-97.
- 18.- Wolff S. Transtornos psiquicos del niño Causas y trata- mientos . Editorial siglo XXI. Quinta edición, México- 1981.

- 19.- Lewis Melvin. Child Psychiatric consultation in pediatrics
Pediatrics Vol 62, sept 1978. pags 359-364.
- 20.- Seligman y Rauh. Psychiatry consultation in a medical se-
tting for adolescents. Clinical pediatrics. Feb 1974.
Vol 13-2. pags 117-120.
- 21.- Winnicott D.W. El proceso de maduración en el niño. Edi-
torial Laia, Barcelona . Tercera edición , 1981.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**