

11241
ej 5

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE
MEXICO

" T E S I S A "

"MANIFESTACIONES CLINICAS OBSERVADAS EN MENORES
DE 18 AÑOS QUE VIVIERON EL SISMO DEL 19 DE
SEPTIEMBRE DE 1985 EN LA CIUDAD DE
MEXICO".


DR. GENERALDO FLORES ALVAREZ
Residente de Psiquiatría.
AUTOR


DRA. SILVIA ORTIZ LEON
TUTORA CLINICA


DRA. NORA CAVAZOS
TUTORA DE METODOLOGIA

ADM. 20-I-87

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

T E M A :	No. DE PAGINA.
I.- INTRODUCCION.....	I
2.- ANTECEDENTES.....	2
3.- JUSTIFICACION.....	6
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
5.- HIPOTESIS DE TRABAJO.....	8
6.- OBJETIVOS.....	9
7.- DISEÑO.....	10
8.- UNIVERSO DE TRABAJO.....	11
9.- MUESTRA.....	11
10.- VARIABLES.....	12
11.- RESULTADOS.....	16
CUADROS Y GRAFICAS.....	21
12.- ANALISIS DE RESULTADOS.....	67
13.- CONCLUSIONES.....	73
14.- RECOMENDACIONES.	74
15.- RESUMEN DE LOS CASOS CLINICOS.....	75
16.- CUESTIONARIO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRA- FICAS.....	98
17.- INSTRUMENTO QUE SE UTILIZO PARA RESUMIR LOS DATOS DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL. (S.S.).....	102
18.- BIBLIOGRAFIA.....	118
19.- F I N.....	125

**MANIFESTACIONES CLINICAS OBSERVADAS EN MENORES
DE 18 AÑOS QUE VIVIERON EL SISMO DEL 19 DE
SEPTIEMBRE DE 1985 EN LA CIUDAD DE
MEXICO.**

INTRODUCCION:

Toda tarea que el hombre lleva a cabo debe ser realizada con el máximo de esfuerzo, pensar en el propio beneficio es una postura egoísta centrada en la idea de ser superior. En tal caso, nos preguntamos dónde queda el hombre sociable, ya que obtener provecho personal por hacer una labor, sale del contexto hombre social. Pensar en los demás y en el trabajo que realizan puede indicar tanto superioridad como inferioridad.

Ahora bien, el preguntarnos qué es el hombre investigador, observamos que existen actitudes contradictorias, pues ante cualquier fenómeno natural, hay quien trata de percibirlo con el máximo de detalle, en tanto que otros se quedan en la superficie, porque refrenan su curiosidad. El verdadero investigador llevará adelante su curiosidad hasta conocer el fenómeno en su conjunto. La cuestión que nos preocupa se plantea, entonces, en los siguientes términos: ¿Investigar para beneficio propio o de la sociedad?.

A raíz del sismo que sufrió la ciudad de México el 19 de septiembre de 1985 y después de haber revisado la bibliografía al respecto, percibí que en relación a los niños y los sismos no había mucho investigado, sin embargo, en torno al adulto la literatura era extensa. Me cuestioné entonces, la ausencia de curiosos al respecto, de seres sociables, que se olvidan de que dentro de toda sociedad hay niños y adolescentes, y que ellos lo fueron en algún momento de su vida; o ¿será que tratan de calmar las demandas de los adultos, como adultos que son?. La respuesta no la sé.

Para finalizar, es mejor pasar a lo descriptivo y -- dejar a un lado las reflexiones. En la elección de cualquier tema de investigación, siempre influye una serie de razones de orden - objetivo y subjetivo. En mi caso, influyeron las siguientes: a) - el estar rotando por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan- N. Navarro" de la SS. en el momento en que ocurrió el sismo; b) -- el tener en esos momentos como supervisor a la DRA. SILVIA ORTIZ- LEON; c) la inquietud por conocer cómo los menores de 18 años per cibien y expresan ese conflicto; d) el enfrentarme a la falta de - información en la literatura médica y e) la ayuda brindada en el- mencionado hospital.

ANTECEDENTES:

El escrito más antiguo que se tiene sobre el relato- de un desastre natural lo encontramos en la biblia, en "El Dilu-- vio" (63), que a pesar de ser un relato religioso sobre los orí-- genes del hombre, ofrece ya detalles interesantes sobre las conse- cuencias que para el hombre tienen los desastres naturales, ya -- sean sismos, marejadas, diluvios, tormentas, inundaciones, huraca- nes, etc. Así, dice uno de sus párrafos: "Pereció toda carne que- se movía sobre la tierra: pájaros, animales, ganado, reptiles que se arrastraban por la tierra; en fin, todos los hombres, y todos- los seres que tienen aliento de vida sobre la tierra también mu-- rieron". (63). Notamos que Noe y sus hijos debieron haber sufrido el impacto del estrés de ese desastre natural, al ver en el párra- fo antes mencionado cómo se maneja el concepto de muerte como la- polaridad de la vida, hecho que despierta angustia.

A través de la historia del hombre, de la lucha de - clases (comunidad primitiva, esclavitud, feudalismo y actual- mente capitalismo y socialismo), el hombre siempre ha estado expuesto a desastres naturales y sus consecuencias. Así apreciamos en la ---

historia, que un desastre natural ocasiona cambios en los individuos, ya sea la pérdida de propiedades, de algún familiar o bien el cambio estructural dentro de su ambiente social, además de la serie de explicaciones mítico-religiosas que del fenómeno se desprenden. Todo esto influye en la psique y de alguna manera debe expresarse. Como ejemplo podemos citar: un tornado o inundación en la época feudal, con daño a las cosechas y en consecuencia pérdidas económicas para el señor feudal, pero al siervo le trae hambre, sufrimiento, pérdidas familiares, etc.. Todo esto tiene su expresión mental.

Ya en este siglo, el interés por investigar la influencia de los desastres naturales sobre la psique del individuo, nace con el avance de la psiquiatría en torno de Freud, el psicoanálisis y las teorías post-freudianas para explicar cómo la persona se desarrolla mentalmente. Sin embargo, el hecho básico que despierta el interés por el estudio de las consecuencias psicológicas de los desastres, se debe a una catástrofe artificial: la bomba atómica arrojada en Hiroshima (Hershey, 1946; Nangi, 1951; Nardlie, 1961).

En 1971, Los Angeles, Estados Unidos sufre el impacto de un sismo, lo que despertó en los psiquiatras americanos el interés por estudiar los aspectos psicológicos que provocan en el individuo (Hoyt, 1973). En esa misma década suceden varios sismos de importancia en países latinoamericanos, tales como Lima, Perú (1970); Managua, Nicaragua (1972); Guatemala, Guatemala (1976); y Tumaco, Colombia (1979). En consecuencia, aparecen en la literatura médica varias investigaciones, (De Ville, 1976; 1980; OPS, 1976, 1978, 1979; Ahearn, 1978, 1984; Cohen, 1985 y Gueri, 1983).

Por otra parte, los estudios de otro tipo de fenómeno natural como las inundaciones de Buffalo Creek, Estados Unidos en 1972, son bastante extensos (Newman, 1976; Jay y Olson, 1976; --- Rangel, 1976; Erikson, 1976 y Titchener, 1976).

En la literatura médica se describen cuatro fases por las que pasa todo individuo ante una catástrofenatural. Estas -- son: 1) fase previa al desastre; 2) fase de impacto del desastre; 3) fase de readaptación y 4) secuelas.

Fase previa al desastre: Cuando la catástrofe es pronosticable como los huracanes, tormentas, marejadas, etc., esta fase es de gran importancia. La gran mayoría de las personas presenta un sentimiento de invulnerabilidad, es decir, el individuo esta -- convencido de que no le pasará nada. Ha sido bien estudiada en -- adultos, pero en relación a los niños no hay información.

Fase de impacto de la Catastrofe: las reacciones al principio del impacto son muy variadas y abarcan todos los niveles de las emociones, así un individuo ante un sismo tiende a huir de su casa, pero ante un ciclón trata de protegerse bajo alguna construcción; por otra parte, se activa el sistema vegetativo de alarma, para preparar al individuo a actuar, se manifiesta a través -- de la taquicardia, sudoración, midriasis, etc., pero desde el punto de vista psicológico se expresa la angustia en diferentes magnitudes, hay individuos que por el pánico se quedan inmóviles, aunque se informa en la literatura que esto ocurre poco, la mayoría -- de las veces es 'le miedo a lo desconocido lo que enfrenta el individuo, y en muchas ocasiones el miedo tiende a interferir con la función evaluatoria del proceso mental y aún las decisiones -- menores son difíciles de tomar. Otros individuos en esta fase actúan con el mayor uso de negación, con la mayor pasividad y docilidad, acatando las órdenes sin oponer resistencia; en otros se -- manifiesta con una total desestructuración psíquica, comienzan a expresar culpa, se tornan agresivos, etc.. En conclusión, son -- variadas las conductas que se siguen. Pero en cuanto a los niños está poco investigado y de manera superficial; lo que se sabe, -- según Newman, es que funcionan tres aspectos al momento del desastre: a) en el nivel de desarrollo en ese momento; b) sus percep-

ciones de las reacciones de su familia y c) su percepción misma - del fenómeno.

Al explicar la relación o vínculo del niño con su madre o hacia alguno de sus familiares mayores, Bowlby expresó que frente a un estado de estrés importante este vínculo se estrecha; es así como los instintos del niño lo llevan a buscar protección en sus padres o familiares mayores, se presenta lo que algunos -- autores denominan la angustia primaria o de separación. Y dependiendo de los tres aspectos antes mencionados y del vínculo del niño hacia su familia, es como se manifiesta su conducta al momento del impacto de la desgracia natural, si su nivel de desarrollo le permite percatarse de la situación.

Fase de readaptación: Es la mejor estudiada en el -- adulto, quien en forma progresiva va logrando su integridad social presenta varias subfases, que han sido estudiadas por muchos autores tomando el esquema de las fases del duelo. Primero, el individuo está en una fase de aturdimiento, sin comprender el fenómeno, al darse cuenta de la magnitud de éste, quiere ayudar a los -- demás, así vemos que participa en las maniobras de rescate, se -- presta a cualquier acto heroico; posteriormente viene una fase de euforia, en la cual se pregunta ¿porqué le paso a él?, ¿porqué no lo previno?, etc., seguirá una fase depresiva y al final su adaptación. Con respecto a los niños, es poca la información; sólo -- existen cuatro citas hemerográficas en la literatura médica; las cuales son contradictorias en algunos aspectos y en otros, no muy claros. La poca información que se tiene al respecto, es la diversidad de manifestaciones clínicas, las que van de acuerdo al -- nivel de desarrollo. Así se presenta disminución en el rendimiento escolar, en otros niños hay una negación a dormir solos y algunos presentan hasta alteraciones de la sensopercepción. Por -- otro lado, estos estudios son efectuados en niños que, si bien el fenómeno, ignoremos cuáles tenían problemas anteriores y quienes-

funcionaban adecuadamente, para de esa manera, poder apreciar la pureza y los matices del trastorno ante un desastre natural específico.

Finalmente, a raíz de todos estos fenómenos, se integro en el DSM-III el trastorno denominado "estrés post-traumático" en sus dos tipos a) agudo, que abarca sólo los 6 primeros meses posteriores al acontecimiento psicológico traumático y b) crónico o retrasado, para los casos en los cuales, duró más de 6 meses la resolución del cuadro, o bien quedan secuelas.

JUSTIFICACION:

Existen dos aspectos para justificar, la presente investigación: a) en primer término, el hecho real de un sismo, como el que sufrió la ciudad de México el 19 de septiembre de 1985 a las 7:19 a.m., que por su intensidad de 8.1 grados en la escala de Richter y las consecuencias materiales que trajo, se conforma como un estrés psicológico a estudiar; y b) en segundo término, y el más importante, la falta de información existente, en torno a como los menores de 18 años perciben el fenómeno y lo expresan clínicamente.

En la bibliografía, sólo hay cuatro artículos al respecto, en uno de ellos se realiza un análisis de las observaciones clínicas, en un grupo de niños que sobrevivieron a un desastre natural, como las inundaciones de Buffalo Creek; son 224 casos de sobrevivientes los que se revisan, sin separar a los que ya antes tenían problemas psiquiátricos. Un segundo artículo, es el realizado después del sismo de Nicaragua: es retrospectivo, se estudian niños y adultos en forma conjunta y en consecuencia no aporta mucho sobre los primeros. Los demás son por el estilo.

En conclusión, hay muchas dudas, poca información, confusión, insuficiente investigación, etc., en relación a los

estresantes por desastres naturales como un sismo y la forma en que los menores de 18 años lo manifiestan.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Siempre que seleccionamos algún tema para investigación, es porque tenemos preguntas sin respuestas, después de haber agotado los medios de información. Es así como, al investigar en la bibliografía cuáles son las manifestaciones clínicas que un menor de 18 años presenta a consecuencia de un estrés de gran magnitud como el sismo que ocurrió en la ciudad de México, no encontramos respuesta alguna, ni por otro lado --- algún curioso que se haga esta pregunta y haya podido responderla.

Ahora bien, nos preguntamos: a) aumenta la consulta de primera vez en los hospitales psiquiátricos; b) aumenta alguna patología en especial; c) qué características tienen los niños que presentan sintomatología, etc.

Por otra parte, en diversas fuentes de la literatura médica, se informa respecto a las diversas expresiones clínicas que un adulto puede manifestar ante un estrés de gran intensidad como el sismo de México. Ahearn reportó un aumento de --- problemas neuróticos y epilépticos después del sismo de Nicaragua, pero observo que el número de psicóticos o pacientes con otro tipo de patología no sufrió variaciones estadísticas.

Finalmente, hay muchos escritos acerca de lo que -- se esperaría en un menor de 18 años después de de vivir un de-- sastre natural, pero todos ellos basados en las teorías del de sarrollo de la personalidad, las cuales, en su mayoría, son -- conocimientos adquiridos a través de la experiencia del clíni-- co, pero que no tienen respaldo en la metodología de investi-- gación científica.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

H i p o t e s i s p r i n c i p a l: Un estrés de gran magnitud como el sismo que sufrió la ciudad de México el 19 de septiembre de 1985, precipito a corto plazo (seis meses) en los menores de 18 años, cierta sintomatología, la cual se pudo observar en la consulta de primera vez del Hospital Psiquiático Infantil "Juan N. Navarro"

H i p o t e s i s s e c u n d a r i a: 1) Después del sismo del 19 de septiembre de 1985 (en los 6 meses posteriores), se incremento la consulta de primera vez en el Hospital Psiquiático Infantil "Juan N. Navarro".

2) La sintomatología que se precipito en los menores de 18 años con posterioridad al estrés ocasionado por el sismo del 19 de septiembre corresponde principalmente a los trastornos de ansiedad y dentro de este rubro la angustia de separación.

3) Quien esto escribe consideró que ante un estrés de este tipo no se precipitarían nuevos casos de psicosis.

4) Después de un estrés de este tipo hay un incremento en la frecuencia de cuadros epilépticos en menores de 18 años.

OBJETIVOS:

- 1.- Demostrar las fluctuaciones que sufre en el año la consulta de primera vez, en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".
- 2.- Determinar las características cuantitativas y cualitativas de la consulta de primera vez en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" durante los periodos que van del 20 de septiembre de 1983 al 19 de marzo de 1984; del 20 de septiembre de 1984 al 19 de marzo de 1985, y del 20 de septiembre de 1985 al 19 de marzo de 1986.
- 3.- Detectar los casos que supuestamente presentan manifestaciones clínicas precipitadas por el stress y mediante el análisis cuantitativo de los signos y síntomas que presenten los miembros del grupo de estudio, se podrán hacer las interpretaciones de las diversas manifestaciones clínicas y se le dará representación.
- 4.- Determinar las características sociodemográficas de la población de consulta de primera vez en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1984.
- 5.- Detectar qué relevancia tienen las variables: sexo, edad, nivel económico, escolar, religión, nivel escolar de los padres y ausencia de alguno de ellos.
- 6.- Detectar qué relevancia tiene el ser el hijo mayor, el menor o el único.

DISEÑO:

- a) Se obtendrán las características de la consulta de primera vez del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", durante los dos años previos al sismo, para analizar estadísticamente sus fluctuaciones durante los 12 meses del año y de esta manera, tener un control sobre los meses en estudio.
- b) Posteriormente, se obtendrán las características de la consulta de primera vez de los lapsos comprendidos entre el 20 de septiembre de 1983 al 19 de marzo de 1984; del 20 de septiembre de 1984 al 19 de marzo de 1985 y del 20 de septiembre de 1985 al 19 de marzo de 1986. Con lo cual, podemos analizar cualitativa y cuantitativamente los diagnósticos, sobre todo trastornos de ansiedad, psicosis, epilepsias, síndrome depresivo, trastornos somatiformes, trastornos de adaptación, trastornos de conducta, trastornos por déficit de atención y retraso mental, y así poder saber si el estrés tuvo alguna influencia sobre la consulta; además de conocer previamente, qué características presentan esos meses en cuanto a fluctuaciones en el año.
- c) Además, se aplicará un cuestionario con su ficha de identificación, el cual se anexa más adelante, a todos los menores de 18 años de edad que sean llevados al Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro" de la SS, en quienes sus padres hayan percibido sintomatología precipitada por el sismo. Esto durante el lapso del 20 de septiembre de 1985 al 19 de marzo de 1986. Se anexará resumen clínico de cada caso con los estudios que se le realizaron y el diagnóstico a que se llegó.

- d) También se revisarán las características sociodemográficas de la población de primera vez que acudió al Hospital Psiquiátrico Infantil durante el periodo de octubre a diciembre de 1984, basándose en el cuestionario de datos sociodemográficos (ficha de identificación del inciso "c") aplicado al grupo de estudio, este grupo se manejará como control.-- En caso de alguna duda, Trabajo Social citará al niño y a sus padres, para obtener sus datos faltantes.
- e) El grupo de estudio se comparará con el grupo control para apreciar la relevancia de las variables sexo, edad, nivel escolar, religión y nivel escolar de los padres y ausencia de alguno de ellos. El nivel económico se evaluará de acuerdo con el número de sueldos mínimos.
- f) Finalmente, se realizará el análisis de los casos en estudio.
Se trata de un estudio de análisis de casos clínicos, transversal, observacional, analítico y clínico.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Serán todos aquellos menores de 18 años - que sean traídos al Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro" de la SS entre las fechas 20 de septiembre de 1985 y 19 de marzo de 1986, por presentar sintomatología precipitada por el sismo y con representación por proceso estadístico.

MUESTRA:

- a) El grupo de estudio estará constituido por todos aquellos menores de 18 años que cumplan los siguientes criterios:

1) Criterios de inclusión: a) menor de 18 años de edad.

b) ambos sexos.

c) que sean traídos al Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro" por presentar sintomatología posterior y precipitada por el estrés "sismo que sufrió la ciudad de México el 19 de septiembre" y con significancia por el proceso estadístico.

d) que antes del sismo del 19 de septiembre, estén funcionando adecuadamente y no presenten ningún tipo de enfermedad mental.

e) que no presenten ningún tipo de enfermedad física.

f) que radiquen en el D.F.

h) que sean traídos al mencionado hospital, entre el 20 de septiembre de 1985 y el 19 de marzo de 1986.

2) Criterios de exclusión: a) mayores de 18 años.

b) que radiquen en provincia.

c) que sean traídos al mencionado hospital, posterior al 19 de marzo de 1986..

d) que antes del 19 de septiembre de 1985 presenten sintomatología psiquiátrica.

e) que presenten algún proceso físico.

VARIABLES:

A.- De Identificación.

1).- EDAD: Es una variable cuantitativa de tipo discreto, la cual se distribuirá en seis grupos: a) 0 a 3 años; b) 4 a 6 años; c) 7 a 9 años; d) 10 a 12 años; e) 13 a 15 años y f) 16 a 18 años. Se utilizará para su estudio sólo porcentajes.

2).- SEXO: Es una variable cualitativa de tipo discreto y nominal, la cual quedará incluida dentro del cuadro de edad, cuando se especifique cada sexo por edades, al final se manejará en dos grupos: a) masculino y b) femenino. Se analizará con porcentajes.

3).- NIVEL ESCOLAR DE LOS PACIENTES. Es una variable cualitativa discreta, la que se dividirá en seis intervalos: a) ninguno; b) pre-primaria; c) Iero a tercero de primaria; d) cuarto a sexto año de primaria; e) secundaria y f) preparatoria. Se representará a través de una gráfica de barras - por medio de porcentajes.

4).- RELIGION. Es una variable cualitativa de tipo nominal, la cual se distribuirá en tres conjuntos: a) católica; b) evangelista y c) otras.

5).- NIVEL ECONOMICO. Es una variable cuantitativa de tipo discreto. Para su estudio se realizarán cinco grupos: a) menos de un sueldo mínimo; b) un sueldo mínimo; c) dos sueldos mínimos; d) tres sueldos mínimos; y e) más de tres sueldos mínimos. Su representación será a través de una gráfica de barras y se obtendrán porcentajes.

B.- De Estudio.

1).- Consulta de primera vez del Hospital Psiquiátrico "Juan N. Navarro". Se trata de una variable cuantitativa discreta. Aquí se estudiará primero las características de dos años de consulta, para lo cual se diseñará un cuadro de doce - columnas horizontales, que abarque el número de consultas por mes, especificando sexo. En segundo lugar, se analizará la consulta de primera vez, también por mes, pero para los períodos del 20 de septiembre de 1983 al 19 de marzo de 1984; del 20 -- de septiembre de 1984 al 19 de marzo de 1985 y del 20 de septiembre de 1985 al 19 de marzo de 1986. Se obtendrán porcentajes y se representarán por medio de una gráfica comparativa --

tipo polígono.

2).- CUADROS CLINICOS ESPECIFICOS.

a) Trastornos de Ansiedad.⁺ Se trata de una variable cualitativa de tipo discreta nominal, la cual se distribuirá en cinco grupos, para cada sexo, basandose en la clasificación del DSM-III: a) trastorno de ansiedad; b) trastorno por evitación - en la infancia y adolescencia, c) trastorno por ansiedad excesiva; d) perturbación de las emociones peculiares en la infancia y adolescencia, hay que destacar que este rubro pertenece - al ICD-9, pero se utilizó debido a la dificultad de poder correlacionarlo con algún equivalente en el DSM-III, además de que es utilizado con alta frecuencia y en consecuencia, se perdería información; y e) fobia escolar. Se representará a través de -- gráficas de barras comparando los períodos del 20 de septiembre al 19 de marzo de próximo año, ya arriba mencionados.

b) Psicosis. Es una variable cualitativa discreta de tipo nominal, la cual se manejará en siete grupos, para -- cada sexo: a) esquizofrenia; b) psicosis inducida por drogas, c) síndrome orgánico cerebral; d) psicosis orgánica sin especificar; e) psicosis afectiva; f) psicosis en debil mental y g) otras psicosis. Se representará a través de gráficas de -- barras comparando los períodos del 20 de septiembre al 19 de marzo.

c) Otros trastornos. Es una variable cualitativa - discreta de tipo nominal, la cual se distribuirá en ocho intervalos, para cada sexo: a) síndrome depresivo; b) trastorno con

⁺Nota aclaratoria. Se utilizó el término trastornos de ansiedad ya que esta bien especificado en el DSM-III, y se evito manejar los terminos neurosis por estrés post-traumatico (según el ICD-9) o trastornos por estrés post-traumático (según DSM: III), -- puesto que los menores de 18 años aún no tienen una estructura de personalidad bien conformada y en consecuencia, es un error, a pesar de que puede presentarse una sintomatología equivalente.

versivo; c) trastorno disociativo; d) trastorno de adaptación; e) retraso mental; f) trastorno por déficit de atención; g) -- trastorno de conducta y h) epilepsias. Se manejará igual que - la variable anterior.

3).- Manifestaciones Clínicas en el grupo de Estudio. Es una variable cualitativa discreta de tipo nominal, dentro de la cual sólo se enumerarán las manifestaciones clínicas por frecuencias. Se obtendrán porcentajes.

C).- De Confusión.

1).- Nivel escolar de los padres. Es una variable cuantitativa discreta, la que se dividirá en dos grupos: a) padre y b) madre. Se manejará en forma semejante al nivel escolar de los pacientes, sólo se aumentará el intervalo nivel -- universitario.

2).- Lugar que ocupa el paciente en la familia. - Es una variable cuantitativa de tipo discreto, la cual se distribuirá en cuatro conjuntos: a) mayor; b) menor; c) intermedio y d) único. Se representará a través de gráfica de barras.

3) Número de hermanos. Es una variable cuantitativa de tipo discreto. Se manejará en cuatro grupos: a) cero; b) uno a tres; c) cuatro a seis; d) mas de seis. Se representará por medio de gráfica de barras y se obtendrá porcentajes.

4) Vivienda. Es una variable cualitativa de tipo discreto, la cual se ordenará para su estudio en tres grupos: a) casa, b) departamento y c) otros. Se representará a través de una gráfica de barras y se obtendrá porcentajes.

5) Ausencia de algún padre. Es una variable cualitativa de tipo discreto. Se analizará en tres grupos: a) - ausencia de madre; b) ausencia de padre y c) no ausencia. -- Se obtendrá porcentajes.

Nota: En las variables de los cuadros clínicos (trastornos de ansiedad, psicosis y otros trastornos) se valorará el uso de chi-cuadrada.

RESULTADOS.

Los resultados del presente estudio se presentan - en los siguientes 32 cuadros y 16 gráficas.

El cuadro no. 1 y 2 presenta el resultado de la -- estadística de la consulta de primera vez, para los períodos ▽ de julio de 1983 a junio de 1984 y de julio de 1984 a junio de 1985; y como se aprecia en la gráfica 1 y 2, los primeros siete meses se comportan igual, en tanto que en los 5 meses restan-- tes hay un pico que se debe a un aumento importante en la con-- sulta en el mes de marzo de 1984. El coeficiente de correlación entre ambos años es de 0.78 y con una $z=0.189$, lo cual indica que no hay diferencia significativa y por lo tanto, son la mis-- ma población.

El cuadro No. 4 presenta, en forma comparativa, la - consulta de primera vez, para los períodos del 20 de septiembre al 19 de marzo; y se aprecia una disminución del 4 % de la con-- sulta, en cada uno de los tres períodos, conforme mas reciente es éste; además de que se mantiene la relación masculino-feme-- nino en 1.7 a 1.

En el cuadro No. 5 se expone en forma comparativa, la estadística de la consulta de primera vez por meses y para - cada uno de los tres períodos del 20 de septiembre al 19 de -- marzo, para poder apreciar variaciones, lo que se puede perci-- bir mejor en la gráfica No. 3, en la cual se aprecia un compor-- tamiento muy similar en los tres períodos.

Los trastornos de ansiedad para el sexo masculino se dan en los cuadros No. 6 a 8 y en la gráfica No.4, en cuanto a los totales, se observa que el período de septiembre de 1983 a marzo de 1984 es el menor con 79, mientras que los dos perío-- dos siguientes son similares, 97 y 92 . Ahora bien, en cuanto a su distribución interna, resalta el rubro de trastorno por - angustia de separación, ya que se incrementa de un caso en los

dos primeros períodos (septiembre de 1983 a marzo de 1984 y -- septiembre de 1984 a marzo de 1985) a 16 casos en el período -- posterior al sismo, por lo cual se analizó estadísticamente -- con una tabla de contingencias de 2 por 3, manejando pacientes con diagnóstico de angustia de separación contra pacientes sin dicho diagnóstico, y pacientes antes del sismo y después del -- sismo, se utilizó la corrección de Yates, por ser datos discre- tos y se obtuvo una $X^2 + 25.48$ que corresponde a una "p" menor de 0.05, lo cual indica que hay diferencia significativa. En la grá- fica correspondiente se aprecia bien esa diferencia y como au- menta este diagnóstico.

Los trastornos de ansiedad para el sexo femenino se presentan en los cuadros No. 9 a II y en la gráfica No. 5, se- observa un aumento de los trastornos de angustia de separación y ansiedad excesiva, en el período posterior al sismo, en tan- to que la perturbación de las emociones peculiares en la infan- cia y adolescencia se incrementó en los dos períodos previos al sismo. Para analizar la angustia de separación, que es la -- que más representación gráfica tiene, ya que de cero casos en- el período de un año anterior al sismo, se incrementó a 11 ca- sos en el período posterior al sismo, Se utilizó la misma me- -- todología del apartado anterior y reportó lo siguiente: $X^2 =$ -- 10.75 con una "p" menor de 0.05

Las psicosis se exponen en los cuadros No. 12 el -- 17 y las gráficas 6 y 7, Para el sexo masculino se observa un- decremento en el número total, entre los tres períodos que se -- estudian, así fue del 20 por ciento entre el período de dos -- años antes del sismo al de un año antes y de un 28 % entre es- te último en relación al período posterior al sismo. En la grá- fica correspondiente no se aprecian variaciones en cuanto a l. distribución interna.

En cuanto al sexo femenino se observa también una disminución del 46 por ciento entre el primero y segundo período, en tanto que en el período del sismo no hay variaciones en comparación con el año previo. En la gráfica No. 7 no se ven -- variaciones en la distribución interna.

Los otros trastornos se presentan en los cuadros - No. 18 al 23 y en las gráficas No. 8 y 9. Para el sexo masculino en relación al síndrome depresivo se percibe un incremento del 300 % entre el primer período al segundo, en tanto que en el posterior al sismo solo aumento en un 13 por ciento en comparación con el de un año antes. El resto de los trastornos en este cuadro, no presentan al análisis gráfico diferencias significativas. Ahora bien, para el sexo femenino encontramos dos cosas, en primer lugar, hay un aumento del síndrome depresivo entre el primer período y el segundo y del 23 % en el período posterior al sismo en comparación con el año anterior. Por --- otra parte, en relación a los trastornos conversivos hay un -- incremento del 200 % posterior al sismo en comparación con el año anterior.

En el cuadro No. 24 se presentan en forma compa--rativa, los grupos de edad, para el grupo de estudio se encontró que el 75 % fluctúan entre los 7 y 15 años, mientras que el 69 % del grupo control está entre 4 y 12 años. También se observa como la relación masculino- femenina en el grupo de - estudio cambia a I a I, mientras que en el grupo control se - mantiene en I.7 a I.

En el cuadro No. 25 y gráfica No. 10 se muestra - el nivel escolar, observando que el 87.5 del grupo de estudio están entre primaria y secundaria, con un 4.16 % en preparatoria, mientras que para el grupo control el 64.7 % están en primaria a secundaria y con tan solo el 2.1 % a nivel de preparatoria.

El nivel económico se muestra en el cuadro No. 26 y gráfica No. II, en los cuales se aprecia que el 62.4 % del grupo de estudio fluctua entre dos a tres sueldos mínimos, mientras que el 66.9 % del grupo control esta entre uno a dos sueldos mínimos. Hay que hacer notar, que el nivel económico aquí referido es de la familia, tomando en consideración que pueden ser varios miembros los que aportan al sistema.

En el cuadro sobre la religión no hay diferencias de importancia que comentar.

El cuadro No. 28 y la gráfica No. I2 muestran la vivienda, en la cual se ve como el 62.5 % del grupo de estudio viven en departamento y tan solo el 31.15 del grupo control tienen similar situación.

El Lugar en la familia se expone en el cuadro No. 29 y la gráfica No. I3, se observa un mayor porcentaje en torno al hijo único en el grupo de estudio en comparación con el grupo control; en relación al hijo mayor y menor, también hay una diferencia, siendo mayor en el grupo de estudio, pero es mínima.

En el cuadro No. 30 y la gráfica No. I4 se muestran los resultados en relación a la variable número de hermanos, encontrándose que el 62.43 % del grupo de estudios tienen entre cero a tres hermanos, mientras que el 54.40 % del grupo control tienen entre cuatro a seis hermanos.

Por otra parte, en cuanto al nivel escolar de los padres (cuadro No.31 y graficas No. I5 y I6) se observó que el 54.16 % de los padres del grupo de estudio tienen un nivel escolar que fluctua entre secundaria y profesional, en tanto que el 38.7 % del grupo control están en igual de condiciones. En relación a las madres el 91.6 % del grupo de estudio tienen una escolaridad que fluctua entre primaria y secundaria, mientras que el 67 % del grupo control están a nivel de primaria, con solo un 17.9 % a nivel de secundaria. Además de haber ---

analfabetas en el grupo control.

Finalmente, el cuadro No. 32 nos muestra las -- principales manifestaciones clínicas que presentó el grupo de estudio, se observó que en primer lugar está la resistencia te-- naz o negatividad a dormirse solo con una frecuencia de 20 ca-- soso de los 24 estudiados, le sigue irritabilidad con una fre-- cuencia de 15 casos de los 24 estudiados, en tercer lugar tene-- mos la hiperactividad con 11 casos de los 24 analizados y en -- quinto lugar evitación a estar solo en casa con una frecuencia de 10 casos de los 24 revisados. Así apreciamos que son sinto-- mas claros de la angustia de separación. Se encontraron un to-- tal de 38 diversos síntomas con una frecuencia global de 160. Para mayor información de los síntomas presentados ver el cua-- dro No. 32.

A continuación se presentan los cuadros y --- gráficas del presente estudio.

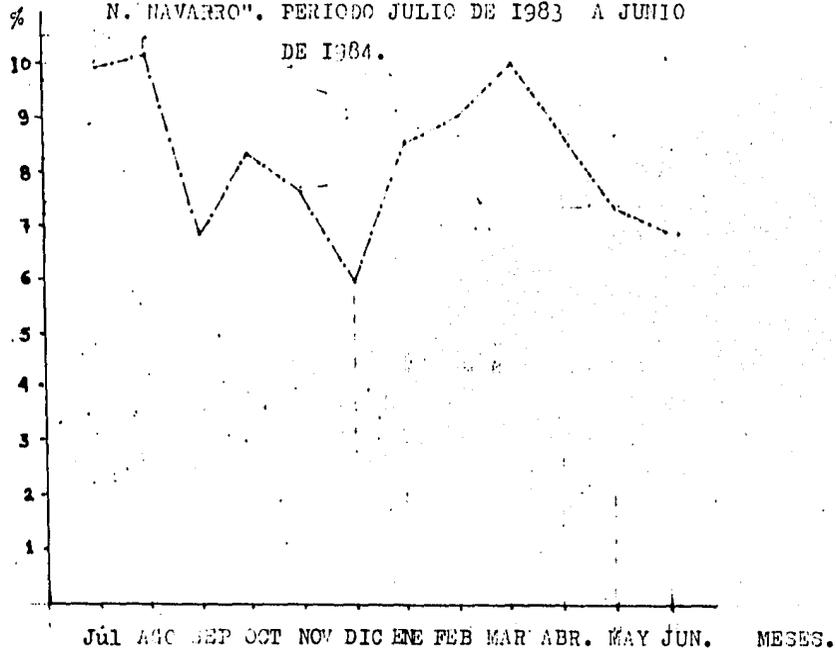
CUADRO No. I. ESTADISTICA DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N NAVARRO". PERIODO JULIO-
DE 1983 A JUNIO DE 1984. (Por meses).

M E S.	AÑO.	MASCULINOS		FEMENINOS.		T O T A L	
		No.	%	No.	%	No.	%
JULIO	1983	182	6.03	119	3.94	301	9.97
AGOSTO	1983	174	5.76	132	4.37	306	10.14
SEPTIEMBRE	1983	122	4.04	86	2.85	208	6.89
OCTUBRE	1983	159	5.27	89	2.94	248	8.22
NOVIEMBRE	1983	150	4.97	83	2.75	233	7.67
DICIEMBRE	1983	122	4.04	60	1.98	182	6.03
ENERO	1984	165	5.46	94	3.11	259	8.58
FEBRERO	1984	172	5.70	100	3.31	272	9.01
MARZO	1984	192	6.36	112	3.71	304	10.07
ABRIL	1984	172	5.70	91	3.01	263	8.71
MAYO	1984	126	4.17	98	3.24	224	7.42
JUNIO	1984	140	4.64	77	2.55	210	6.96
T O T A L		1876	62.18	1141	37.81	3017	100.00

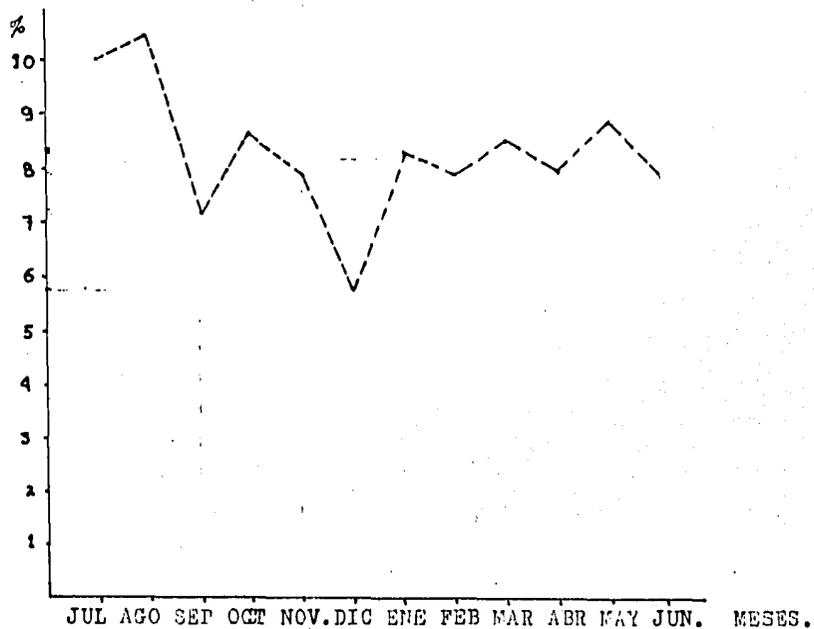
CUADRO No. 2. ESTADISTICA DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ DEL HOSPITAL
PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N NAVARRO". PERIODO JULIO-
DE 1984 A JUNIO DE 1985. (Por meses).

M E S	AÑO	MASCULINOS.		FEMENINOS.		T O T A L	
		No.	%	No.	%	No.	%
JULIO	1984	202	6.70	102	3.38	304	10.09
AGOSTO	1984	183	6.07	134	4.45	317	10.52
SEPTIEMBRE	1984	138	4.58	80	2.65	218	7.24
OCTUBRE	1984	154	5.11	110	3.65	264	8.76
NOVIEMBRE	1984	164	5.44	76	2.52	240	7.97
DICIEMBRE	1984	117	3.88	58	1.92	175	5.81
ENERO	1985	160	5.31	91	3.02	251	8.33
FEBRERO	1985	140	4.64	100	3.32	240	7.97
MARZO	1985	168	5.57	87	2.88	255	8.46
ABRIL	1985	157	5.21	83	2.75	240	7.97
MAYO	1985	175	5.81	92	3.05	267	8.87
JUNIO	1985	146	4.84	94	3.12	240	7.97
T O T A L		1904	63.23	1107	36.76	3011	100.00

GRAFICA No. I . GRAFICA DE LA ESTADISTICA DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "JUAN N. NAVARRO". PERIODO JULIO DE 1983 A JUNIO DE 1984.



GRAFICA No. 2. GRAFICA DE LA ESTADISTICA DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "JUAN N NAVARRO". PERIODO JULIO DE 1984 A JUNIO DE 1985.



CUADRO No. 3. CONSULTA DE PRIMERA VEZ DURANTE LOS SEIS MESES POSTERIORES
AL SISMO.

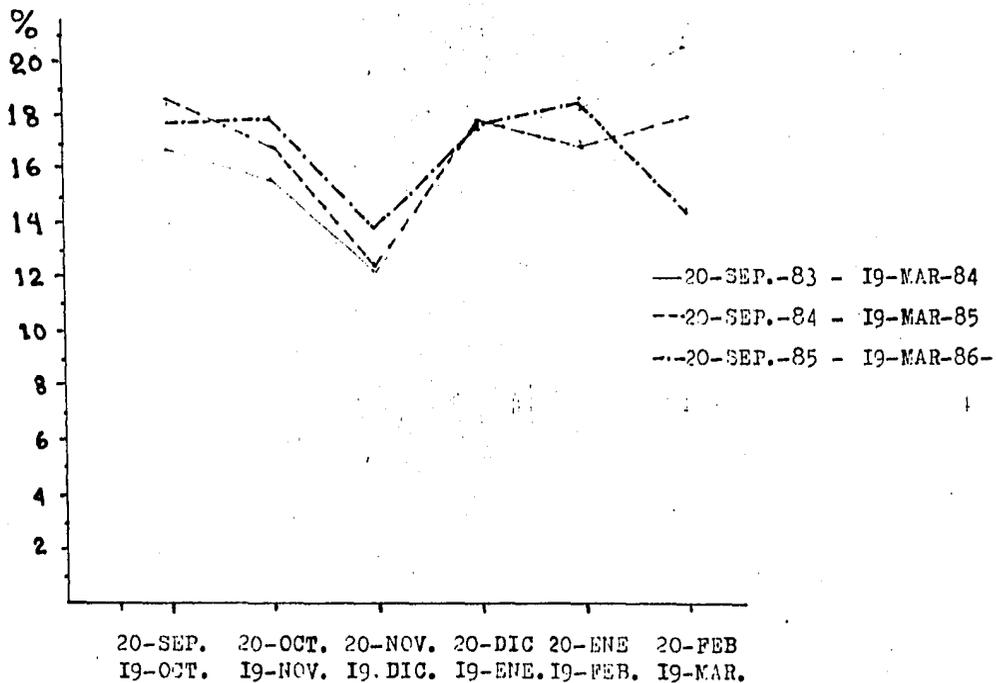
LAPSO	AÑO	MASCULINOS		FEMENINOS.		T O T A L	
		No.	%	No.	%	No.	%
Del 20 de septiembre al 19 de octubre.	1985	151	11.04	91	6.65	242	17.70
Del 20 de octubre al 19 de noviembre	1985	149	10.89	95	6.94	244	17.84
Del 20 de noviembre al 19 de diciembre	1985	127	9.29	64	4.68	191	13.97
Del 20 de diciembre al 19 de enero.	1985 1986	162	11.85	79	5.77	241	17.62
Del 20 de enero al 19 de febrero.	1986	159	11.63	96	7.02	255	18.60
Del 20 de febrero al 19 de marzo	1986	126	9.21	68	4.97	194	14.19
T O T A L		874	63.93	493	36.06	1367	100.00

CUADRO No. 4. COMPARACION DE LA CONSULTA DE PRIMEFA VEZ DURANTE
LOS PERIODOS DEL 20 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE MARZO.

PERIODO.	MASCULINOS		FEMENINAS		T O T A L		PROPORCION
	No.	%	No.	%	No.	%	MASC. FEM.
DEL 20 DE SEPTIEM- BRE DE 1983 AL 19 DE MARZO DE 1984.	960	64.08	538	35.91	1498	100.00	1.78:1
DEL 20 DE SEPTIEM/ BRE DE 1984 AL 19 DE MARZO DE 1985	903	63.36	522	36.66	1425	100.00	1.72:1
DEL 20 DE SEPTIEM- BRE DE 1985 AL 19 DE MARZO DE 1986	874	63.93	493	36.06	1367	100.00	1.77:1

GRAFICA No.3

COMPARACION DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MESES
DURANTE LOS PERIODOS DEL 20 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE
MARZO.



CUADRO NO. 5. COMPARACION DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MESES DURANTE LOS PERIODOS DEL 20 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE MARZO.

MESES.	Periodo del 20-IX-83 al 19-III-84.		Periodo del 20-IX-84 al 19-III-85.		Periodo del 20-IX-85 al 19-III-86.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Del 20 de septiembre al 19 de octubre.	248	16.55	264	18.52	242	17.70
Del 20 de octubre al 19 de noviembre.	233	15.55	240	16.84	244	17.84
Del 20 de noviembre al 19 de diciembre.	182	12.14	175	12.28	191	13.97
Del 20 de diciembre al 19 de enero.	259	17.28	251	17.61	241	17.62
Del 20 de enero al 19 de febrero.	272	18.15	240	16.84	255	18.60
Del 20 de febrero al 19 de marzo.	304	20.29	255	17.89	194	14.19
T O T A L.	1,498	100.00	1,425	100.00	1,367	100.00

GRAFICA No. 4 . TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO. COMPARACION DE LOS TRES PERIODOS DEL 10 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE MARZO.

▨ 20-SEP/85 - 19-MAR/86

▧ 20-SEP/84 - 19-MAR/85

▩ 20-SEP/83 - 19-MAR/84

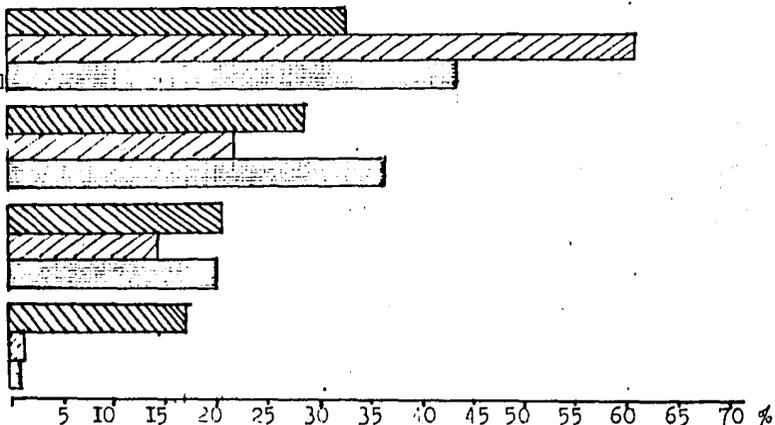
Fobia escolar.

Perturbación de las emociones P. en la inf. y adoles.

Trast. por ansiedad excesiva

Trast. por evitación en la inf. y adoles.

Trastorno por Angustia de separación.



CUADRO No. 6. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1983 al 19 DE MARZO DE 1984.

NOMBRE	0-3 años		4-6		7-9		10-12		13-15		16-18		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRASTORNO POR ANGUSTIA DE SEPARACION.	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.26	0	0.00	0	0.00	1	1.26
TRAST. POR EVITACION EN LA INF. Y ADOLES.	0	0.00	4	5.06	5	6.32	1	1.26	3	3.79	3	3.79	16	20.25
TRAT. POR ANSIEDAD EXCESIVA.	1	1.26	10	12.65	5	6.32	6	7.59	5	6.32	0	0.00	27	37.17
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIA.- EN LA INF. Y ADOL.	2	2.53	9	11.39	5	6.32	3	3.79	7	8.86	9	11.39	35	44.30
FOBIA ESCOLAR	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
T O T A L	3	3.79	23	29.11	15	18.98	11	13.92	15	18.89	12	15.18	79	100.00

CUADRO No. 7. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1984 AL 19 MARZO DE 1985.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRASTORNO POR ANGUSTIA DE SEPARACION.	0	0.00	0	0.00	0	0.0	1	1.03	0	0.00	0	0.0	1	1.03
TRAST. POR EVITACION EN LA INF. Y ADOLES.	0	0.00	2	2.06	1	1.03	4	4.12	4	4.12	3	3.09	14	14.43
TRAST. POR ANSIEDAD EXCESIVA	0	0.00	2	2.06	12	12.37	3	3.09	4	4.12	1	1.03	22	22.68
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIA. EN LA INF. Y ADOLES.	0	0.00	7	7.21	19	19.58	18	18.30	16	16.49	8	8.24	60	61.85
FOBIA ESCOLAR	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.0	0	0.00	0	0.00
T O T A L	0	0.00	11	11.34	32	32.98	18	18.55	24	24.74	12	12.37	97	100.00

CUADRO No. 8. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO
MASCULINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE
1985 AL 19 DE MARZO DE 1986.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10 - 12		13 - 15		16 - 18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRASTORNO POR ANGSTIA DE SEPARACION.	1	1.08	3	3.26	6	6.52	5	5.43	1	1.08	0	0.00	16	17.39
TRAT. POR EVITACION EN LA INF. Y ADOLES.	1	1.08	2	2.17	9	9.78	3	3.26	2	2.17	2	2.17	19	20.65
TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA.	0	0.00	7	7.60	8	8.69	6	6.52	4	4.34	1	1.08	26	28.26
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIARES EN LA INF. Y ADOLES.	1	1.08	6	6.52	6	6.52	7	7.60	6	6.52	5	5.43	31	33.69
FOBIA ESCOLAR	0	0.00	0	0.00	0	0.0	0	0.00	0	0.00	0	0.0	0	0.00
T O T A L	3	3.26	18	19.50	29	31.52	21	21.22	13	14.13	8	8.69	92	100.

GRAFICA No. 5 TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO. COMPARACION DE LOS TRES PERIODOS DEL 20 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE MARZO.

▨ 20-SEP./85 - 19-MAR-86
 ▧ 20-SEP-84 - 19-MAR-85
 ▩ 20-SEP-83 - 19-MAR-84

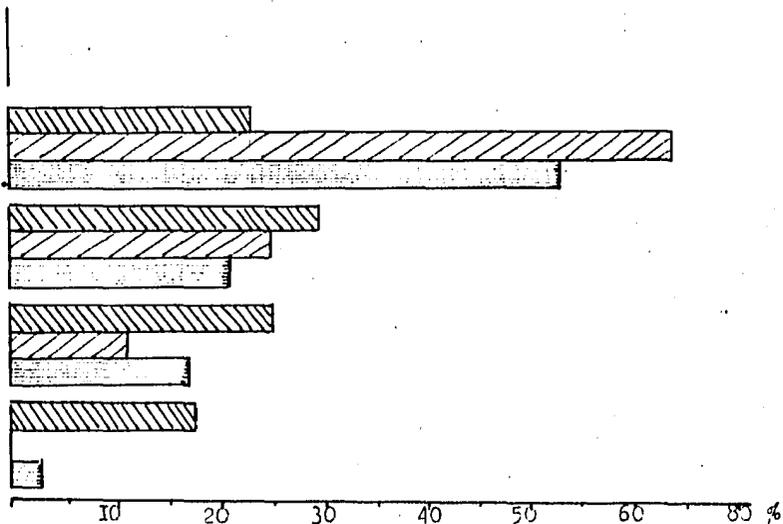
FOBIA ESCOLAR

PERTURBACION DE LAS EMOCIONES P. EN LA INF Y ADOL.

TRAST. POR ANSIEDAD EXCESIVA

TRAST. POR EVITACION EN LA INF. Y ADOLES.

TRAST. POR ANGUSTIA DE SEPARACION.



CUADRO No. 9. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE - 1983 AL 19 DE MARZO DE 1984.

NOMBRE	0 - 3 años		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRASTORNO POR ANGSTIA DE SEPARACION.	1	1.92	1	1.92	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	3.84
TRAST. POR EVITACION EN LA INF. Y LA ADOLESCENCIA.	0	0.00	1	1.92	4	7.69	0	0.0	2	3.84	2	3.84	9	17.30
TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA.	1	1.92	1	1.92	2	3.84	2	3.84	2	3.84	3	5.76	11	21.15
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES EN LA INF. Y ADOLESCENCIA.	0	0.00	5	9.61	7	13.46	7	13.46	7	13.46	2	3.84	28	53.84
FOBIA ESCOLAR	0	0.0	0	0.00	1	1.92	0	0.00	1	1.92	0	0.00	2	3.84
T O T A L	2	3.84	8	15.38	14	26.92	9	17.30	12	23.07	7	13.46	52	100.0

CUADRO No. 10. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1984 AL 19 DE MARZO DE 1985.

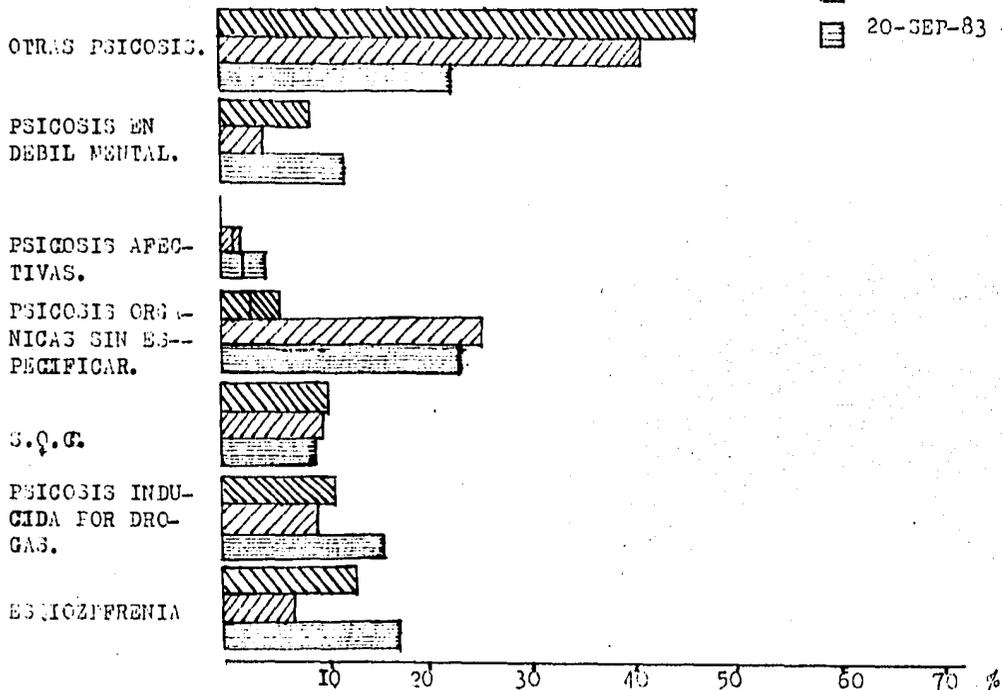
NOMBRE	0- 3 AÑOS.		4 - 6		7 - 9		10-12		13 - 15		16 - 18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRASTORNO POR ANGUSTIA DE SEPARACION.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TRAT. POR EVITACION EN LA INF. Y LA ADOLESCENCIA.	0	0	0	0	I	1.56	3	4.68	I	1.56	2	3.12	7	10.93
TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA.	0	0	3	4.68	0	0	6	9.37	4	6.25	3	4.68	16	25.0
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIARES EN LA INF. Y ADOLES.	I	1.56	4	6.25	II	17.18	I2	13.75	10	15.62	3	4.68	41	64.06
FOBIA ESCOLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
T O T A L	I	1.56	7	10.93	I2	18.75	21	32.81	15	23.43	8	12.5	64	100.0

CUADRO No. II. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1985 AL 19 DE MARZO DE 1986

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10 - 12		13 - 15		16 - 18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
TRASTORNO POR ANGUSTIA DE SEPARACION.	0	0	2	3.12	3	4.76	2	3.12	1	1.58	3	4.76	11	17.46
TRASTORNO POR EVITACION EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	1	1.58	4	6.34	2	3.17	3	4.76	4	6.34	2	3.12	16	25.39
TRASTORNO POR ANSIEDAD EXCESIVA.	1	1.58	2	3.17	4	6.34	6	9.52	6	9.52	0	0	19	30.15
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIARES DE LA INF. Y ADOLES.	0	0	2	3.17	1	1.58	5	7.93	7	11.11	0	0	15	23.80
FOBIA ESCOLAR	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.17	0	0	2	3.17
T O T A L	2	3.17	16	15.87	10	15.87	16	25.39	20	31.74	5	7.93	63	100%

GRAFICA No. 6 PSICOSIS EN MENORES DE 19 AÑOS DEL SEXO MASCULINO.
COMPARACION ENTRE LOS TRES PERIODOS DEL 20 DE SEPTIEMBRE AL 19 DE MARZO.

▨ 20-SEP-85 - 19-MAR-86
▧ 20-SEP-84 - 19-MAR-85
▩ 20-SEP-83 - 19-MAR-84



- 37 -

CUADRO No. 12. PSICOSIS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO
 DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1983
 AL 19 DE MARZO DE 1984.

NOMBRE	0-3 años.		4-6		7-9		10-12		13-15		16-18		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESQUIZOFRENIA									I	1.58	8	12.69	9	14.28
PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS.							I	1.58	I	1.58	7	11.11	9	14.28
SINDROME ORGANICO CEREBRAL					I	1.58	I	1.58	I	1.58	3	4.76	6	9.52
PSICOSIS ORGANICA SIN ESPECIFICAR.									5	7.93	10	15.87	15	23.8
PSICOSIS AFECTIVAS:											2	3.17	2	3.17
PSICOSIS EN DEBIL MENTAL.					I	1.58			I	1.58	6	9.52	8	12.69
PSICOSIS, OTRAS.					I	1.58	2	3.17	2	3.17	9	14.28	14	22.22
T O T A L					3	4.76	4	6.34	11	17.46	45	71.42	63	100%

CUADRO No. 13 PSICOSIS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO
 DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1984
 AL 19 DE MARZO DE 1985.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10-12		13 - 15		16 - 18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESQUIZOFRENIA									I	1.96	3	5.88	4	7.84
PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS.									I	1.96	4	7.84	5	9.8
SINDROME ORGANICO CEREBRAL									I	1.96	4	7.84	5	9.8
PSICOSIS ORGANICA SIN ESPECIFICAR									3	5.88	10	19.60	13	25.5
PSICOSIS AFACTIVAS									I	1.96			I	1.96
PSICOSIS EN DEBIL MENTAL											2	3.92	2	3.92
OTRAS PSICOSIS					2	3.92	3	5.88	4	7.84	12	23.52	21	41.17
T O T A L					2	3.92	3	5.88	11	21.56	35	68.62	51	100%

CUADRO No. 14. PSICOSIS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO
 DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1985
 AL 19 DE MARZO DE 1986.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESQUIZOFRENIA.											5	13.51	5	13.51
PSICOSIS INDUCIDAS POR DROGAS.											4	10.81	4	10.81
SINDROME ORGANICO CEREBRAL									1	2.70	3	8.10	4	10.81
PSICOSIS ORGANICAS SIN ESPECIFICAR.									1	2.70	1	2.7	2	5.40
PSICOSIS AFECTIVAS.											0	0	0	0
PSICOSIS EN DEBIL MENTAL									2	5.40	1	2.7	3	8.10
OTRAS PSICOSIS.			2	5.40			3	8.10	3	8.10	11	29.72	19	51.35
TOTAL.			2	5.40			3	8.10	7	18.91	25	67.56	37	100%

GRAFICA No. 7. PSICOSIS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO.
COMPARANDO LOS PERIODOS DEL 20 DE SEPTIEMBRE AL
19 DE MARZO.

▨ 20-SEP-85 - 19-MAR-86

▧ 20-SEP-84 - 19-MAR-85

▩ 20-SEP-83 - 19-MAR-84

OTRAS PSICOSIS

PSICOSIS EN -
DEBIL MENTAL.

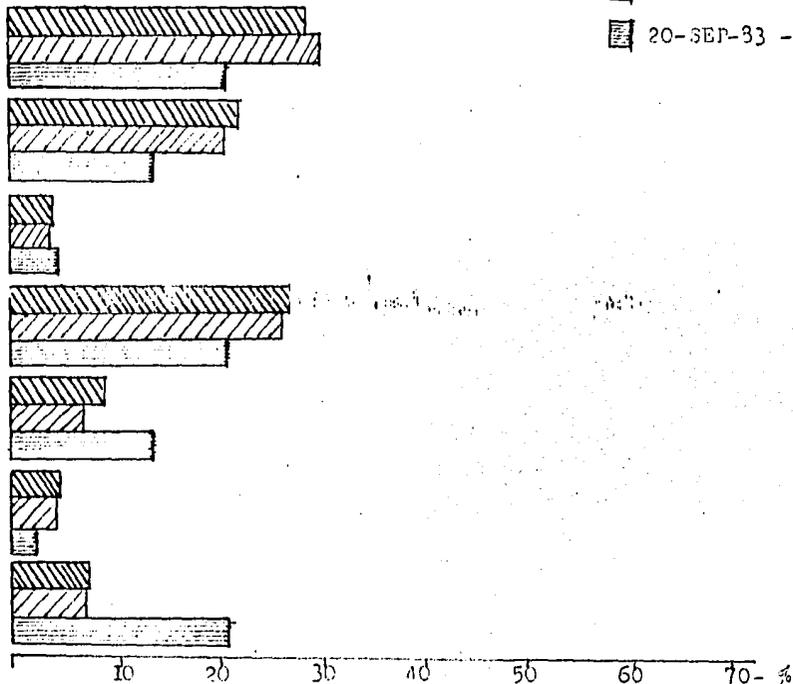
PSICOSIS AFEC/
TIVAS.

PSICOSIS ORGA-
NICA SIN ESPE-
CIFICAR.

S.O.C.

PSICOSIS INDU-
CIDA POR DRO-
GAS.

ESQUIZOFRENIA



CUADRO No. 15. PSICOSIS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO
 DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1983
 AL 19 DE MARZO DE 1984.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESQUIZOFRENIA									2	4.76	7	16.66	9	21.42
PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS									1	2.38			1	2.38
SINDROME ORGANICO CEREBRAL					1	2.38	1	2.38	1	2.38	3	7.14	6	14.3
PSICOSIS ORGANICA SIN ESPECIFICAR							1	2.38	1	2.38	7	16.65	9	21.42
PSICOSIS AFECTIVAS									1	2.38	1	2.38	2	4.76
PSICOSIS EN DEBIL MENTAL							1	2.38	1	2.38	4	9.52	6	14.3
OTRAS PSICOSIS					1	2.38	1	2.38	1	2.38	6	14.3	9	21.42
T O T A L					2	4.46	4	9.52	8	19.04	28	66.5	42	100%

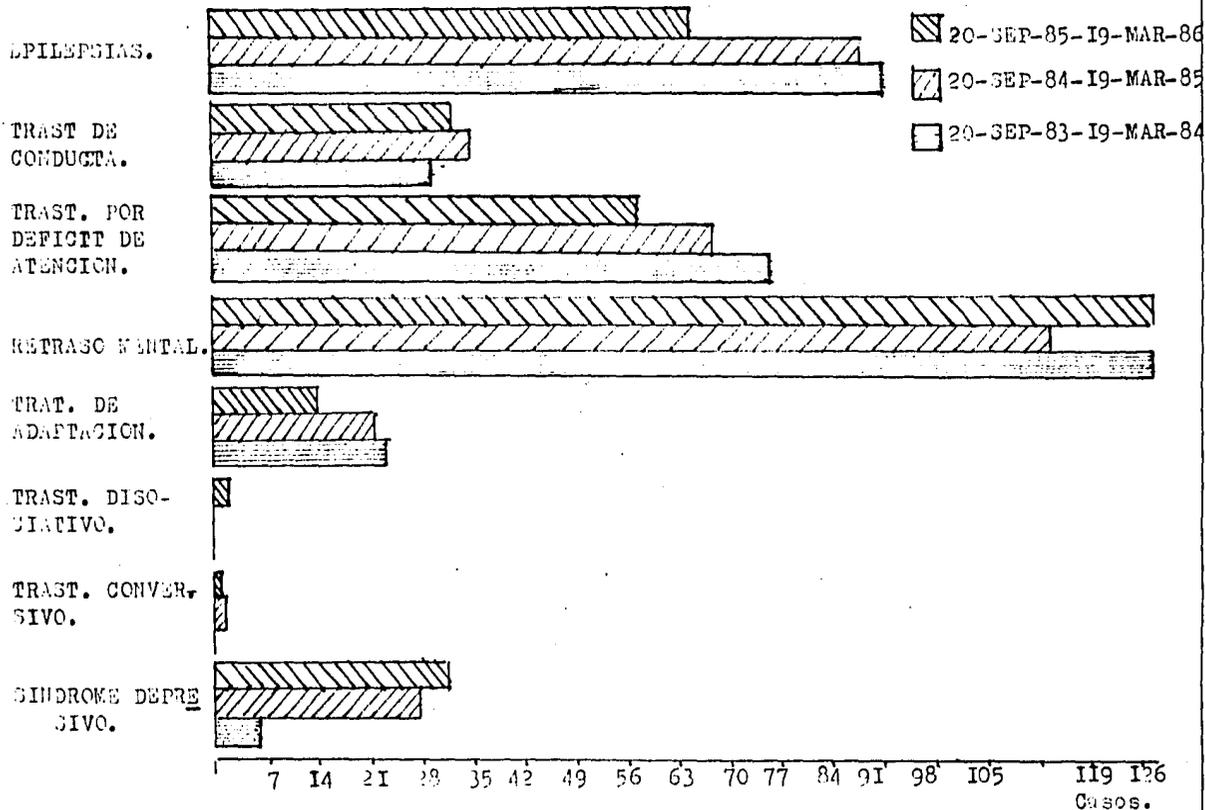
CUADRO No. 16. PSICOSIS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO
 DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1984
 AL 19 DE MARZO DE 1985.

NOMBRE	0 - 3 años		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL.	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESQUIZOFRENIA.											1	4.34	1	4.34
PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS.											1	4.34	1	4.34
SINDROME ORGANICO CEREBRAL											2	6.69	2	6.69
PSICOSIS ORGANICA SIN ESPECIFICAR									2	8.69	4	17.39	6	26.08
PSICOSIS AFECTIVAS.											1	4.34	1	4.43
PSICOSIS EN DEBIL MENTAL							1	4.43	1	4.43	3	13.04	5	21.73
OTRAS PSICOSIS					1	4.43			4	17.39	2	8.69	7	30.43
T O T A L					1	4.43	1	4.43	7	30.43	14	60.86	23	100%

CUADRO NO. 17. PSICOSIS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO
 DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1985
 AL 19 DE MARZO DE 1986.

NOMBRE	0 - 3 años		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ESQUIZOFRENIA.											1	4.59	1	4.59
PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS.											1	4.59	1	4.59
SINDROME ORGANICO CEREBRAL.											2	9.09	2	9.09
PSICOSIS ORGANICA SIN ESPECIFICAR.									2	9.09	4	18.18	6	27.27
PSICOSIS AFECTIVA											1	4.59	1	4.59
PSICOSIS EN DEBIL MENTAL.							1	4.59	1	4.59	3	13.63	5	22.7
OTRAS PSICOSIS									4	18.18	2	9.09	6	27.27
T O T A L							1	4.59	7	31.81	14	63.63	22	100%

GRAFICA No. 8 OTROS TRASTORNOS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO. COMPARANDO LOS TRES PERIODOS.



CUADRO No. 18. OTROS TRASTORNOS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1983 AL 19 DE MARZO DE 1984.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-16		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SINDROME DEPRESIVO.			3	33.33	2	22.22	3	33.33			1	11.11	9	100%
TRASTORNO CONVERSIVO													0	0.00
TRASTORNO DISOCIATIVO													0	0.00
TRASTORNO DE ADAPTACION.			2	6.06	11	33.33	6	18.18	11	33.33	3	9.09	33	100%
RETRASO MENTAL	7	3.82	37	20.21	47	25.68	44	24.04	30	16.39	18	9.83	183	100%
TRAT. POR DEFICIT DE ATENCION.	4	3.56	35	32.11	51	46.78	14	12.84	3	2.75	2	1.83	109	100%
TRASTORNO DE CONDUCTA	3	6.97	7	16.27	11	25.58	7	16.27	11	25.58	4	9.30	43	100%
EPILEPSIAS	25	19.37	14	10.85	22	17.05	31	24.03	24	18.6	13	10.07	129	100%

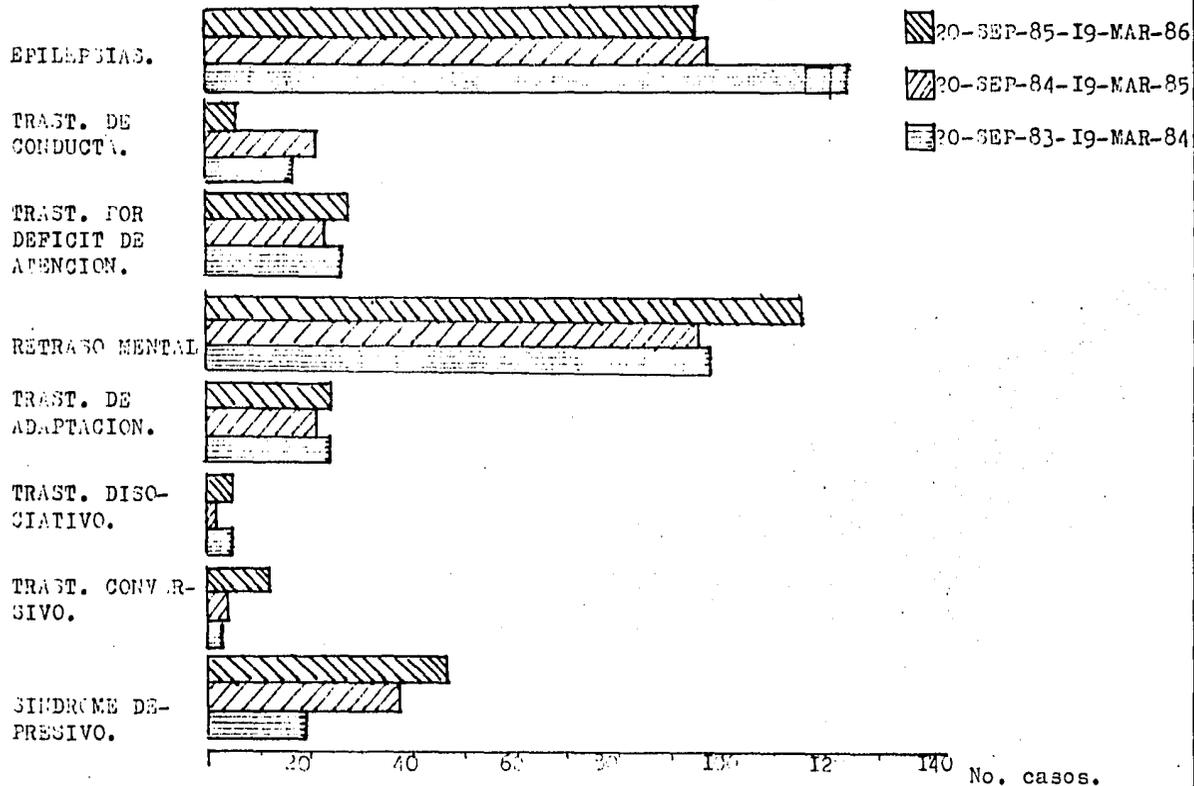
CUADRO No. 19. OTROS TRASTORNOS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO
DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1984 AL 19 DE
MARZO DE 1985.

NOMBRE	0 - 3 años		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SINDROME DEPRESIVO			6	15.0	5	12.5	13	25.0	7	17.5	9	22.5	40	100%
TRASTORNO CONVERSIVO											2	100	2	100%
TRASTORNO DISOCIATIVO													0	0.0
TRASTORNO DE ADAPTA- CION.			3	9.67	3	9.67	11	35.48	10	32.25	4	12.9	31	100%
RETRASO MENTAL.	3	1.84	36	22.08	49	30.06	41	25.15	24	14.72	10	6.13	163	100%
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION	7	7.29	44	45.83	33	34.37	12	12.5					96	100%
TRASTORNO DE CONDUCTA			10	20.0	11	22.0	20	40.0	6	12.0	3	6.0	50	100%
EPILEPSIA	33	26.19	14	11.1	22	17.46	11	8.73	26	20.63	20	15.87	126	100%

CUADRO No. 20. OTROS TRASTORNOS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO MASCULINO
DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1985 AL 19 DE
MARZO DE 1986.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10 - 12		13 - 15		16 - 18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SINDROME DEPRESIVO			4	8.69	12	26.08	13	28.26	12	26.08	5	10.86	46	100%
TRASTORNO CONVERSIVO									1	100.			1	100%
TRASTORNO DISOCIATIVO									2	66.66	1	33.33	3	100%
TRASTORNO DE ADAPTA- CION.			1	5.0			5	25.0	10	50.0	4	20.0	20	100%
RETRASO MENTAL	6	3.27	50	27.32	45	24.59	42	22.95	25	13.6	15	8.19	183	100%
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION	3	3.65	38	46.34	26	31.7	11	13.41	4	4.87			82	100%
TRASTORNO DE CONDUCTA			12	26.08	16	21.73	17	23.91	11	23.91	2	4.34	46	100%
EPILEPSIAS	11	11.82	16	17.02	11	11.82	11	11.82	19	20.43	25	26.88	93	100%

GRAFICA No. 9 OTROS TRASTORNOS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO. COMPARACION DE LOS TRES PERIODOS.



T F

CUADRO No. 21. OTROS TRASTORNOS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1983 AL 19 DE MARZO DE 1984.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SINDROME DEPRESIVO			1	5.26	4	21.05	4	21.05	6	31.57	4	21.05	19	100%
TRASTORNO CONVERSIVO									1	33.33	2	66.66	3	100%
TRASTORNO DISOCIATIVO									2	40.0	3	60.0	5	100%
TRASTORNO DE ADAPTACION			3	12.5	2	8.33	2	8.33	11	45.83	6	25.0	24	100%
RETRASO MENTAL	3	3.06	17	17.34	34	34.69	24	24.48	13	13.26	7	7.14	98	100%
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION	1	3.84	10	34.6	12	46.15	2	7.69	1	3.84			26	100%
TRASTORNO DE CONDUCTA			1	5.88	1	5.88	5	29.41	7	41.17	3	17.64	17	100%
EPILEPSIAS	16	12.8	11	8.8	18	14.4	16	12.8	40	32.0	24	19.2	125	100%

CUADRO No. 22. OTROS TRASTORNOS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1984 AL 19 DE MARZO DE 1985.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SINDROME DEPRESIVO			4	10.52	8	21.05	9	23.68	12	31.57	5	13.15	38	100%
TRASTORNO CONVERSIVO									2	50.0	2	50.0	4	100%
TRASTORNO DISOCIATIVO									2	100			2	100%
TRASTORNO DE ADAPTACION.			3	14.28	7	33.3	1	4.76	7	33.33	3	14.28	21	100%
RETRASO MENTAL	10	10.52	27	84.2	20	21.05	20	21.05	15	15.78	3	3.15	95	100%
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION.	4	17.39	11	47.82	5	21.73	3	13.04					23	100%
TRASTORNO DE CONDUCTA	1	4.76	4	19.04	5	23.8	3	14.28	4	19.04	4	19.04	21	100%
EPILEPSIAS.	22	22.68	8	8.24	12	12.37	14	14.43	22	22.68	19	19.58	97	100%

CUADRO No. 23. OTROS TRASTORNOS EN MENORES DE 18 AÑOS DEL SEXO FEMENINO DURANTE EL PERIODO DEL 20 DE SEPTIEMBRE DE 1985 AL 19 DE MARZO DE 1986.

NOMBRE	0 - 3 años.		4 - 6		7 - 9		10-12		13-15		16-18		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SINDROME DEPRESIVO			4	8.51	10	21.27	15	31.91	11	23.47	7	14.89	47	100%
TRASTORNO CONVERSIVO					1	8.33	1	8.33	7	58.33	3	25.00	12	100%
TRASTORNO DISOCIATIVO							1	20.00	2	40.00	2	40.00	5	100%
TRASTORNO DE ADAPTACION.					2	8.33	8	33.33	12	50.00	2	8.33	24	100%
RETRASO MENTAL	9	7.75	29	25.00	22	18.96	28	24.13	20	17.24	8	6.89	116	100%
TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION.			7	25.00	14	50.00	7	25.00					28	100%
TRASTORNO DE CONDUCTA.					3	50.00	1	16.66			2	33.33	6	100%
EPILEPSIAS.	14	14.89	16	17.02	14	14.89	15	15.96	27	28.72	8	8.51	94	100%

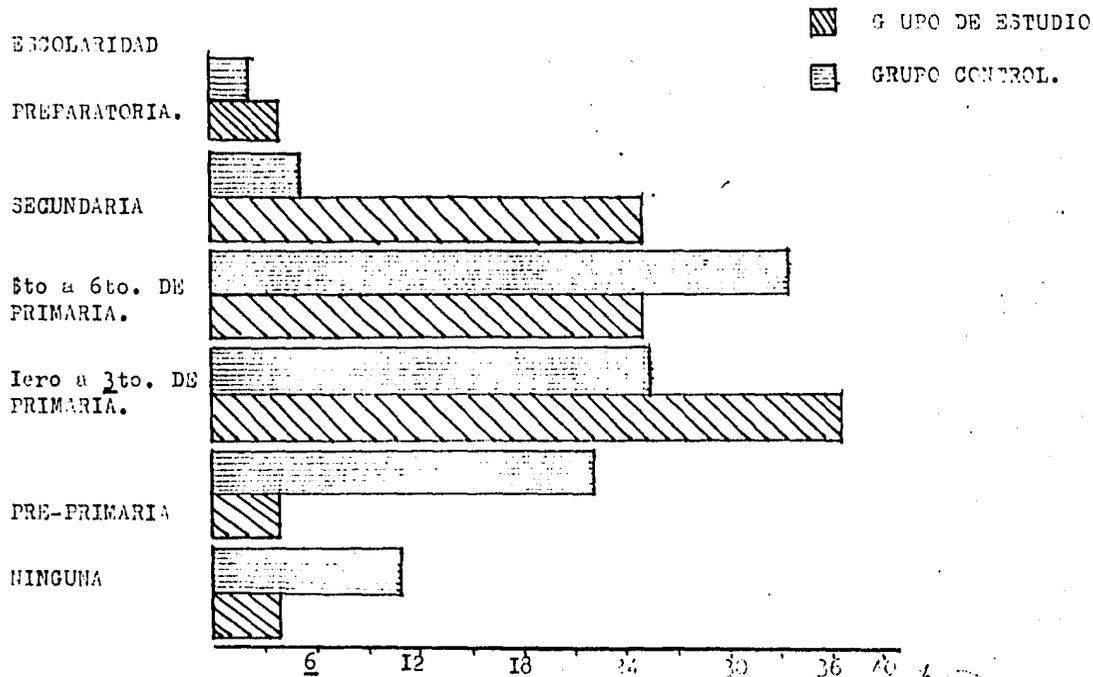
CUADRO No. 24. GRUPOS DE EDAD.

E
S
T
U
D
I
O

C
O
N
T
R
O
L

0 - 3		4 - 6		7 - 9		10 - 12		13 - 15		16 - 18		SUBTOTAL.		TOTAL	PROPORCION. MASC. FEM.
MASC	FEM	MAS	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
0	0	3	0	4	3	4	4	1	2	0	3	12	12	24	
		12.5		16.6	12.5	16.6	16.6	4.16	8.3			50	50	100 %	1:1
24	19	114	61	102	41	89	53	58	39	37	17	424	234	658	
3.6	2.8	17.3	9.2	15.5	6.2	13.5	8.05	8.8	5.9	5.6	2.5	64.7	35.5	100 %	1.78:1

GRAFICA No. 10. NIVEL ESCOLAR DE LOS PACIENTES.



CUADRO No. 25. NIVEL ESCOLAR.

E
S
T
U
D
I
O

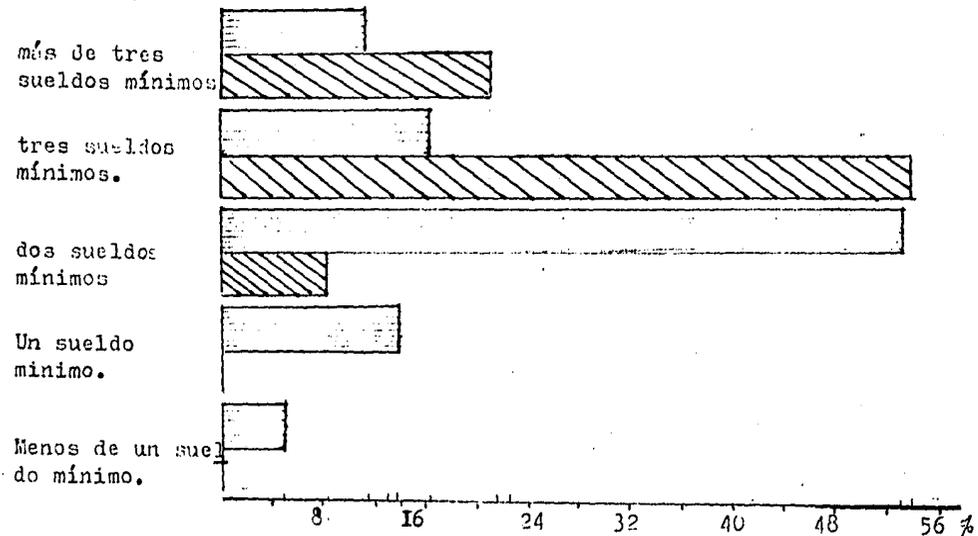
C
O
N
T
R
O
L

Ninguna	Pre-Primaria.	1er. a 3er. de primaria.	4to. a 6to. de primaria.	Secundaria	Preparatoria.	T O T A L
I	I	9	6	6	I	24
4.16 %	4.16	37.50	25	25	4.16	100.00 %
72	146	169	218	39	14	658
10.94 %	22.18	25.68	33.13	5.92	2.12	100.00 %

GRAFICA No. II. NIVEL ECONOMICO

▨ GRUPO DE ESTUDIO

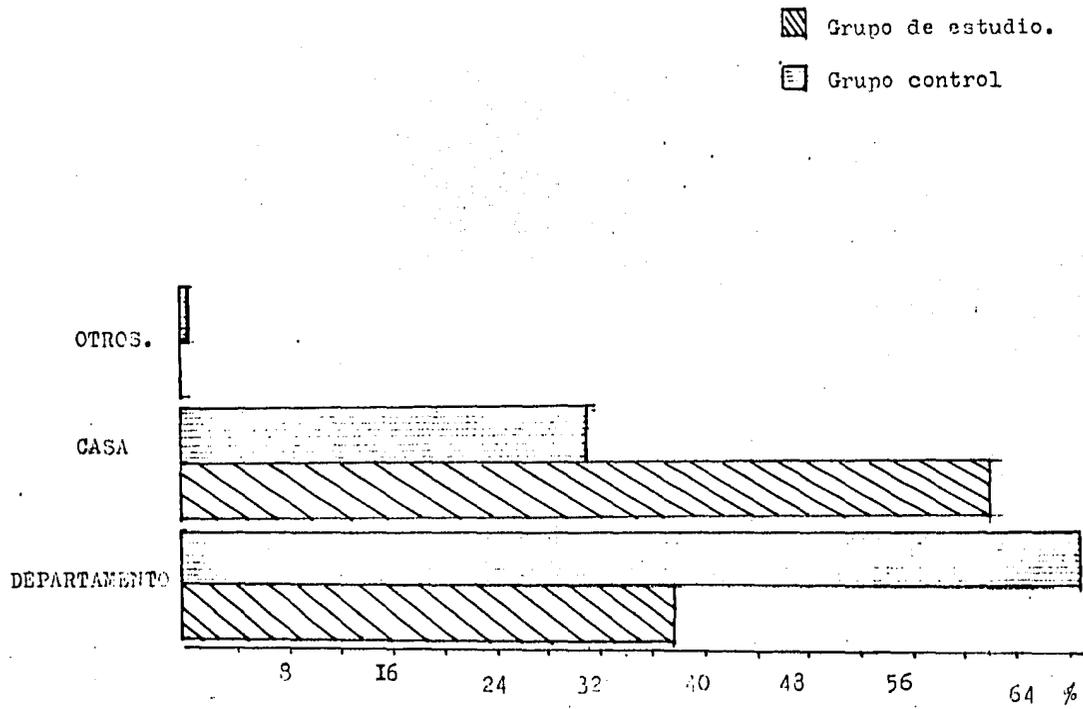
▤ GRUPO CONTROL



CUADRO No. 26. NIVEL ECONOMICO

	GRUPO DE ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	%	No.	%
MENOS DE UN SUELDO MINIMO			33	5.01
UN SUELDO MINIMO	0	0	91	13.82 %
DOS SUELDOS MINIMOS.	2	8.33 %	349	53.09 %
TRES SUELDOS MINIMOS	13	54.16 %	107	16.26 %
MAS DE TRES SUELDOS MINIMOS	5	20.83	78	11.85 %
T O T A L	24	100.00 %	658	100.00 %

GRAFICA No. 12. VIVIENDA



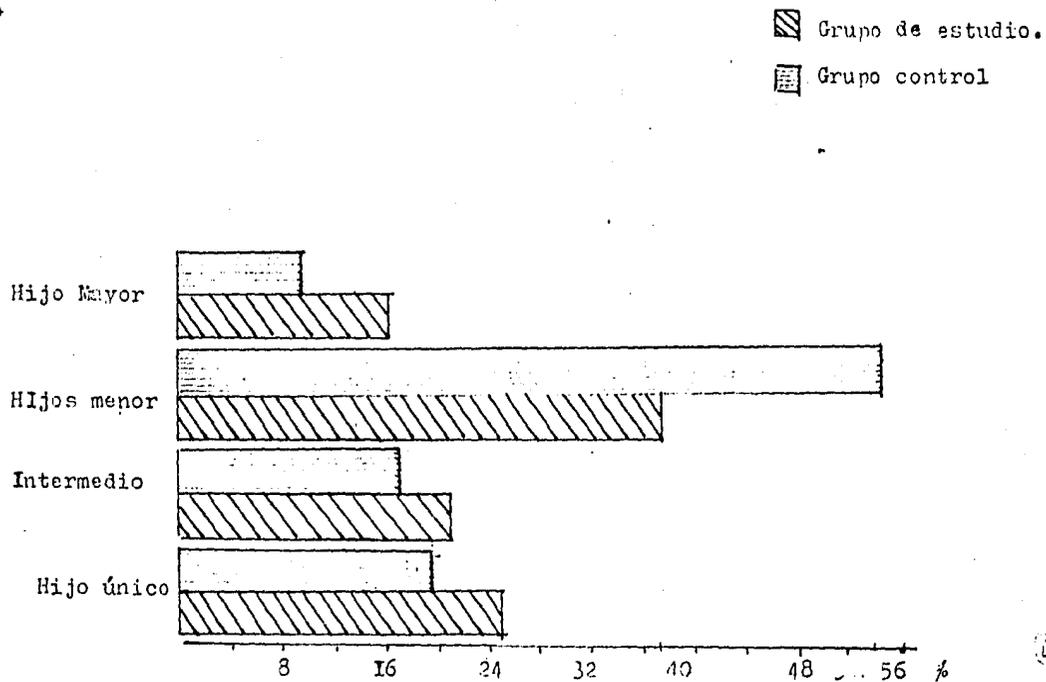
CUADRO No. 27. RELIGION

NOMBRE	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	%	No.	%
CATOLICA	19	79.16	614	93.31
EVANGELISTA	2	8.33	28	4.25
OTRAS	3	12.50	16	2.43
T O T A L	24	100.00	658	100.00

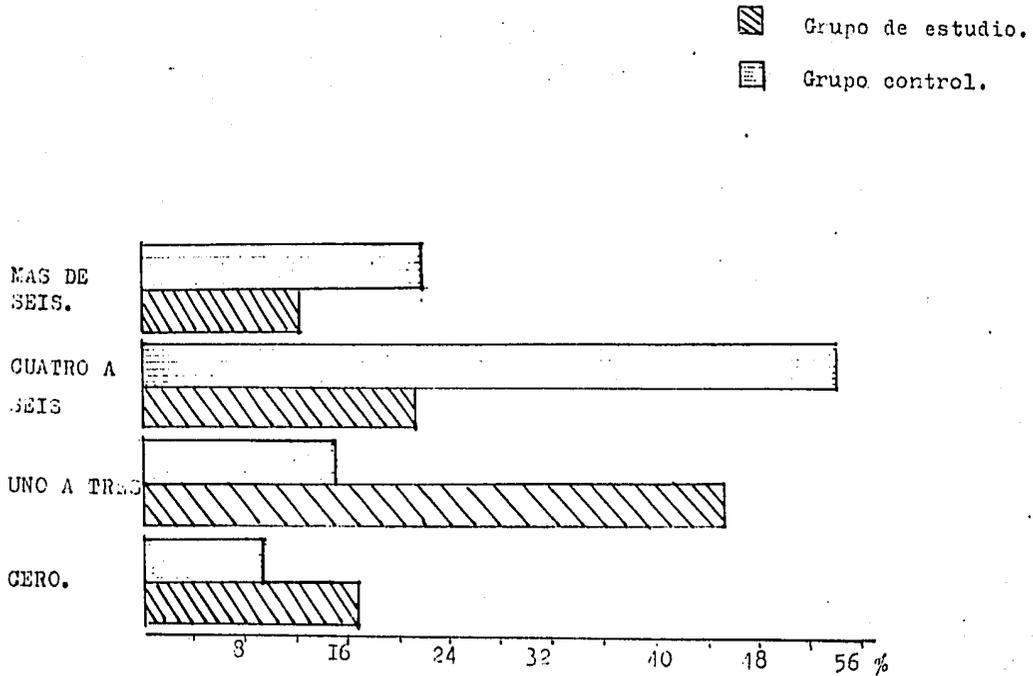
CUADRO No. 28. VIVIENDA.

NOMBRE	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL.	
	No.	%	No.	%
CASA	9	37.5	452	68.69
DEPARTAMENTO.	15	62.5	205	31.15
OTRO	0	0.0	1	0.15

GRAFICA No. 13 LUGAR EN LA FAMILIA



GRAFICA No. 14. NUMERO DE HERMANOS.



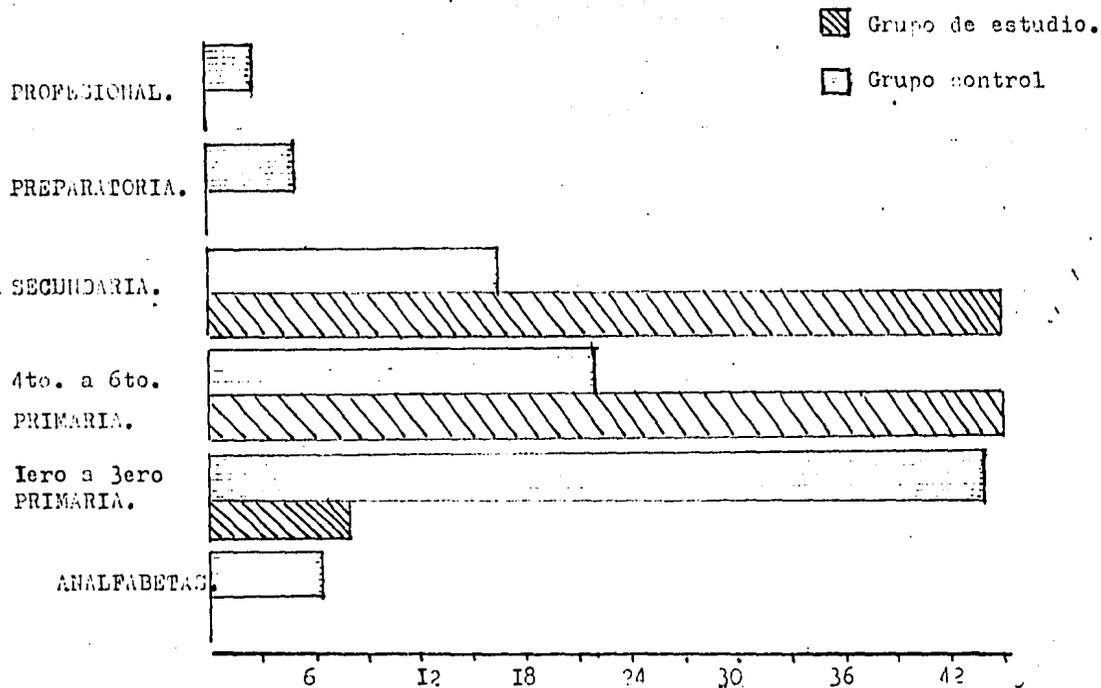
CUADRO No. 29. LUGAR EN LA FAMILIA.

LUGAR	GRUPO ESTUDIO.		GRUPO CONTROL.	
	No.	%	No.	%
Hijo Mayor	6	25.0	126	19.14
Hijo Menor	5	20.83	114	17.34
Intermedio	9	37.5	359	54.66
Hijo único	4	16.6	59	9.10
T O T A L	24	100.0	658	100.00

CUADRO No. 30. NUMERO DE HERMANOS.

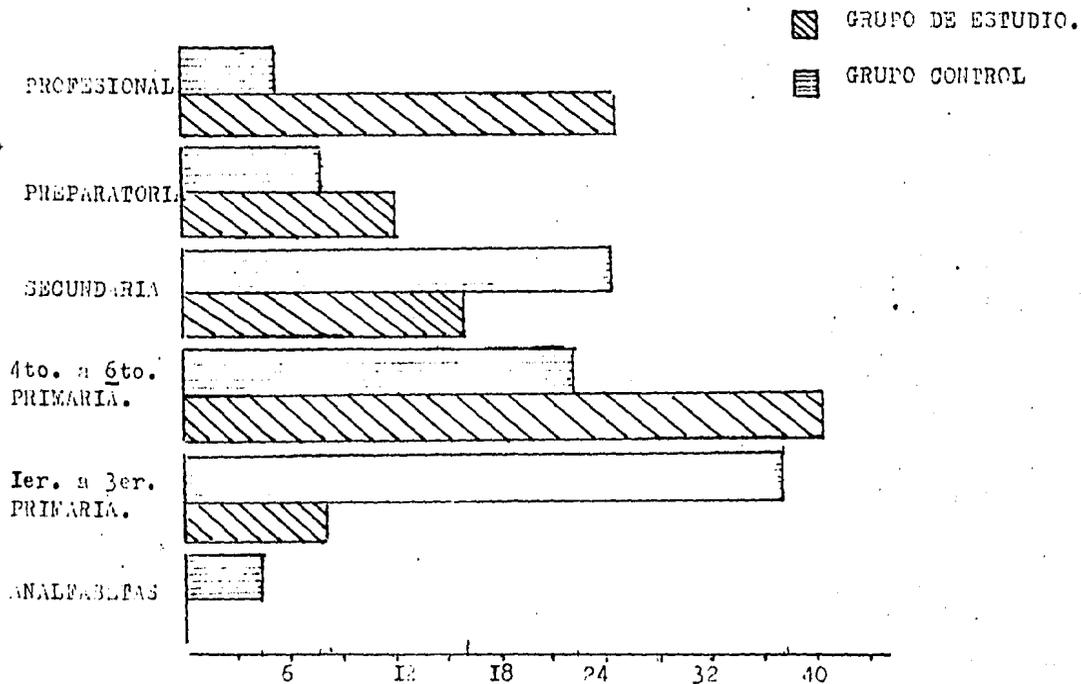
NUMERO	GRUPO ESTUDIO		GRUPO CONTROL	
	No.	%	No.	%
CERO	4	16.66	59	9.10
UNO A TRES	11	45.83	103	15.65
CUATRO A SEIS	6	25.0	358	54.40
MAS DE SEIS	3	12.5	170	25.83
T O T A L	24	100.00	658	100.0

GRAFICA No. 15. NIVEL ESCOLAR DE LAS MADRES.



(3)

GRAFICA No. 16. NIVEL ESCOLAR DE LOS PADRES.



CUADRO No. 31. NIVEL ESCOLAR DE LOS PADRES.

NIVEL ESCOLAR	GRUPO DE ESTUDIO				GRUPO CONTROL.			
	PADRE		MADRE		PADRE		MADRE	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ANALFABETAS	0	0.00	0	00.00	23	3.49	43	6.53
DE PRIMER A TERCER AÑO DE PRIMARIA.	2	8.33	2	8.33	228	34.65	296	44.83
DE CUARTO A SEXTO AÑO DE PRIMARIA	9	37.5	11	45.83	151	22.94	146	22.18
SECUNDARIA	4	16.66	11	45.83	163	24.77	118	17.93
PREPARATORIA	3	12.5			57	8.66	38	5.77
PROFESIONAL	6	25.0			36	5.47	17	2.58
T O T A L	24	100.00	24	100.00	658	100.00	658	100.00

CUADRO No. 32. MANIFESTACIONES CLINICAS OBSERVADAS.

NOMBRE DE LA MANIFESTACION CLINICA		
	No.	%
1.- Negatividad a dormir solo	20	12.5
2.- Irritabilidad	15	9.37
3.- Hiperactividad	11	6.87
4.- Evitación a estar solo (casa)	10	6.25
5.- Llanto	9	5.62
6.- Anorexia	8	5.0
7.- Noctofobia	7	4.37
8.- Fobia escolar	5	3.12
9.- Ansiedad	5	3.12
10.- Miedo a salir a la calle	5	3.12
11.- Otros miedos	5	3.12
12.- Pesadillas	4	2.5
13.- Tristeza	4	2.5
14.- Hipoactividad	4	2.5
15.- Agresividad	4	2.5
16.- Disminución de la Atención	4	2.5
17.- Insomnio	3	1.87
18.- Terrores nocturnos	3	1.87
19.- Cefaleas	3	1.87
20.- Ilusiones	3	1.87
21.- Sudoración palmar	3	1.87
22.- Regresiones	3	1.87
23.- Noctolalia	2	1.25
24.- Desmayos	2	1.25
25.- Retraimiento social	2	1.25
26.- Alteraciones de memoria	2	1.25
27.- Disminución en la escuela	2	1.25
28.- Miedo a perder a sus padres	2	1.25
29.- Hipoestesia	1	0.6
30.- Gastralgias	1	0.6
31.- Vómitos	1	0.6
32.- Enuresis nocturna	1	0.6
33.- Encopresis	1	0.6
34.- Euforia	1	0.6
35.- Otros	4	2.5
T O T A L	160	100.

ANALISIS DE RESULTADOS.

Para el análisis descriptivo y estadístico del --- proceso de investigación como el presente, hay que seguir una línea y hacerlo en forma progresiva hasta llegar al objetivo. --

De lo observado en los resultados mostrados en los cuadros No. 1 y 2 y las gráficas correspondientes, los cuales no mostraron diferencias significativas en los porcentajes de cada mes, lo que se comprobó con una z de 0.189, lo cuál indica que la población de ambos años es la misma. Ahora bien, en las gráficas No. 1 y 2 se corrobora parcialmente, lo referido previamente, ya que los primeros siete meses estudiados, de cada uno de los dos años, en las gráficas sobrepuestas, son similares, en los cinco restantes sí hay variaciones, aunque no -- significativas, las cuales consisten principalmente en un incremento en la consulta de marzo de 1984. Sin embargo, no fue posible dar una explicación a este incremento.

A continuación, contrario a lo esperado, no solo -- no se encontró un incremento en el número de consultas dadas -- en el período que incluyó a los 6 meses posteriores al sismo -- en comparación con los períodos correspondientes a uno y dos -- años antes del sismo, sino que, incluso se observa un decremento del 4 por ciento en relación al año previo. Para lo cual considero que un factor responsable es el incremento de servicios de psiquiatría.

De la comparación de estos tres períodos de tiempo, de años subsecuentes, también se pudo observar que la relación masculino-femenina fue de 1.7 a 1 y que esta relación se mantuvo constante en los tres períodos, de lo cual se puede deducir que un estrés del tipo y magnitud del sismo no tuvo una -- influencia sobre el sexo, ni, como ya se refirió, en el número de consultas de primera vez vistas en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro".

Respecto al análisis de casos, (ver cuadros No. 6 al II y gráficas No. 4 y 5), fue de sumo interés observar, que si bien, no hubo incremento en los diagnósticos por trastornos de ansiedad, si se observó una distribución diferente dentro de los diversos apartados de este grupo, habiendo un incremento estadísticamente significativo y gráficamente objetivo en relación a los dos años previos para ambos sexos. Lo cual es consistente con lo referido en la literatura médica a nivel teórico, al respecto Bowlby refiere que ante un estado de estrés importante el vínculo madre hijo se estrecha y es así como los instintos del niño lo llevan a buscar protección en sus padres o familiares mayores, y es lo que algunos autores denominan "la angustia primaria o de separación".

En relación a las psicosis, la hipótesis postulada resulto ser verdadera, es decir, no se observó un incremento en el número de cuadros psicóticos en los 6 meses posteriores al sismo.

Un hallazgo interesante fue el observar que al comparar estos tres períodos, se encontró una disminución en el número de psicosis del 20 por ciento para varones y del 46 por ciento para niñas entre el primero y segundo períodos de estudio y del 28 % para varones y del 1 % para las niñas entre el año previo al sismo y el período posterior al sismo. Lo cual es explicado por un incremento en el número de servicios de salud, programas para la salud, medidas preventivas, tales como la educación a los padres y probablemente control prenatal, lo cual daría mejores condiciones de vida.

Finalmente, hay otros trastornos dentro de los que se incluyen; síndrome depresivo, trastorno conversivo, trastorno disociativo, trastorno de adaptación, retraso mental, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta y epilepsias.

Los resultados nos mostraron lo siguiente:

I.- Se observó un incremento en los cuadros depresivos para ambos sexos, sin embargo, esto no tuvo relación con el sismo, dado que éste incremento fue incluso más importante entre los períodos de observación correspondientes a los 2 años y al año previo al sismo, siendo del 300 % para los varones y del 100 % para las niñas, y del año previo al sismo al período del sismo fue del 13 % para los varones y del 23 % para las niñas. Se consideró que esto puede ser debido a que la preparación del médico actual hace más sensible a detectar depresión en niños, a un cambio de actitudes por parte del médico, quien actualmente acepta la depresión en niños.

En el apartado de los trastornos conversivos se observó que para el sexo femenino hubo un incremento del 12 % - en el período correspondiente a los seis meses posteriores al sismo en relación al año previo. La explicación al respecto -- considera que en esencia es un incremento en la ansiedad pero canalizada en una forma diferente, quizá en función de la personalidad e indudablemente también en función de la edad, dado que solo se presentó con mayor frecuencia en el grupo de - 13 a 15 años de edad.

Dentro de la entidad de trastornos disociativos - no se encontraron diferencias en relación a los años previos.

En los trastornos de adaptación se observó una -- disminución, para el sexo masculino en el período posterior al sismo, correspondiente al 30 % en comparación con el año - previo. Para el sexo femenino no hubo cambios.

En el apartado de retraso mental no hubo incremento de consulta de primera vez posterior al sismo en comparación con años previos.

En relación a los trastornos por déficit de atención se observó una disminución del 10 % para el sexo masculi-

no de dos años a un año previo al sismo y del 14 % del año --
previo al posterior al sismo. Para las niñas no hubo cambio. -
La diferencia no es significativa.

Dentro del apartado de trastornos de conducta es -
de llamar la atención una disminución del 70 % para el sexo fe-
menino durante el período del sismo en comparación con el año-
previo, pero dado que las cifras que se manejan en niñas son -
muy pequeñas, esta diferencia pierde valor.

La hipótesis que afirmaba que las epilepsias se --
incrementaban con el sismo resultó negativa. Observándose una
disminución de casos por epilepsias en el sexo masculino du--
rante el período posterior al sismo en comparación con el año
anterior. En el sexo femenino no hubo diferencias. Considera-
mos que esto se debe al incremento de servicios de neurología,
campañas por la epilepsia y probable manejo a nivel de medici-
na general con mejores resultados por el surgimiento de nuevos
anticomiciales.

El grupo de estudio cuenta con 24 pacientes mien--
tras que el grupo control (de el año previo) cuenta con 658 ,
por lo que los resultados no son muy significativos, debido a
que la muestra de estudio es muy pequeña. Sin embargo, los --
datos que nos aportan, nos da una idea de la situación global.

En relación a la edad, (ver cuadro No. 24), el 75
% del grupo de estudio tiene entre 7 a 15 años, en tanto que el
69 % del grupo control tiene entre 4 y 12 años, siendo evidente
que los pacientes del grupo de estudio son mayores que los del
grupo control.

La relación masculino-femenino se pierde en el --
grupo de estudio siendo de I a I, mientras que en el grupo con-
trol y en los períodos previos al sismo estudiados, se mantie-
ne en I.7 a I.

El nivel escolar del grupo de estudio se ubicó a nivel de primaria en un 62 % y a nivel de secundaria en un 25 %, en tanto que el grupo control se ubicó en un nivel de primaria el 58 % y 5.9 % a nivel de secundaria. Siendo evidente un nivel escolar superior entre los niños que fueron llevados al hospital por presentar manifestaciones posteriores al sismo.

Estos dos puntos son de interés si tomamos en consideración lo referido por Newman, quien afirma que es importante el nivel de desarrollo, nivel educacional y de las percepciones en el momento de un estrés de importancia para presentar manifestaciones.

El nivel económico, (cuadro No.26 y gráfica No. II), como se aprecia el 62.4 % del grupo de estudio fluctúa entre dos y tres sueldos mínimos, mientras que el 66.9 % del grupo control fluctúa entre uno y dos salarios mínimos. Teniendo los niños que fueron llevados por manifestaciones un mejor nivel económico.

El 62,5 % de los niños llevados al hospital por manifestaciones, vivían en departamento en comparación con el 31 % del grupo control.

En relación al lugar en la familia y número de hermanos se encontró que el grupo de estudio estuvo integrado por un porcentaje ligeramente mayor de hijos únicos, asimismo se observó un mayor porcentaje de hijos mayores y menores en el grupo de estudio. También se observó que en el grupo de estudio el 62.4 % tuvieron entre cero y tres hermanos, mientras que el 54.4 % del grupo control tuvieron de cuatro a seis hermanos.

Ahora bien, tomando en consideración el nivel escolar de los padres se observa claramente (cuadro No. 31 y graficas No. 15 y 16) un nivel escolar superior en los padres en el grupo de estudio. El 25 % de los padres están a nivel profesional y el 90 % de las madres cursan de cuarto de primaria a secundaria, mientras que en el grupo control solo el 5.4

por ciento de los padres son profesionistas, ubicándose el -- mayor porcentaje de padres entre el primero y tercero de primaria, además de haber analfabetismo en el grupo.

En cuanto a las manifestaciones clínicas mas frecuentes se pudo observar que el negativismo o resistencia tenaz a dormir solo ocupa el primer lugar con una frecuencia de 20 casos de los 24, así, apreciamos en orden de importancia a la irritabilidad, hiperactividad, evitación a estar solo en casa, llanto, anorexia, noctifobia, etc, síntomas que nos hablan de la ansiedad que manejan los pacientes dentro de su -- diagnóstico de angustia de separación.

Estos penúltimos apartados nos indican en forma -- indirecta un mayor nivel de vida con todas las consecuencias que esto conlleva, de alguna manera, cuando el nivel es bajo, las preocupaciones van a enfocarse en la satisfacción de las necesidades básicas, conforme va ascendiendo el nivel y estas necesidades están ya satisfechas, se enfocará la atención en situaciones superiores en la escala. Por otra parte, no es -- accidental la serie de circunstancias que hemos observado, es evidente que un mejor nivel socio-económico trae en consecuencia, mayor instrucción, mejor nutrición, prevención y/o trata miento oportuno de enfermedades, que en compañía de una buena estimulación y educación van a favorecer un buen desempeño -- escolar, sin embargo, ante una amenaza real como lo fue el -- sismo y todo lo que ocasionó, sería ingenuo o recista de nuetra parte pensar que los niños del nivel socio-económico bajo no presentaron manifestaciones, es también un hecho que estos niños son llevados al hospital generalmente cuando el problema es grave y siempre y cuando ya pasó algún tiempo y este no cede, si las manifestaciones presentadas no parecen ser tan -- disruptivas para la familia es probable que los hayan dejado -- evolucionar en forma natural.

Un punto de gran interés manifestado por casi todos los niños fue el concepto de muerte. Al parecer la ansiedad de separación esta estrechamente relacionada con el miedo a la -- muerte y aquí lo podemos corroborar.

CONCLUSIONES.

1.- No se incremento el número de consultas de primera vez en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro" en los seis meses posteriores al sismo en comparación a los -- dos años previos, en consecuencia podemos afirmar que un estrés del tipo y magnitud ocasionado por el sismo no incrementa la -- patología que requiere atención en un Hospital Psiquiátrico de tercer nivel.

2.- La relación masculino/femenino de la consulta de primera vez se mantuvo igual que en los dos años previos.

3.- No se observó incremento de los trastornos de ansiedad, sin embargo, se observó un incremento de la "angustia de separación" a expensas de una disminución de las otras entidades de este apartado, lo que nos hace pensar que de cualquier forma, es decir, con o sin estrés a consecuencia del sismo, estos niños iban a presentar un trastorno de ansiedad que muy -- probablemente no hubiese sido del tipo de la "angustia de separación".

4.- No hubo incremento en la consulta de primera -- vez por psicosis ni por epilepsias.

5.- Se observó un incremento importante en los --- trastornos conversivos, especialmente en el grupo de **13** a **15** años del sexo femenino.

6.- Se consideró que la angustia de separación esta estrechamente vinculada con el miedo a la muerte.

7.- Los niños y adolescentes que fueron llevados a tratamiento por presentar manifestaciones que reunieron los -- criterios para hacer el diagnóstico de angustia de separación que fué la muestra total (N=24), reunieron las siguientes ca-

racterísticas demográficas: mayor edad, mayor nivel escolar, - y económico, mayor probabilidad de ser hijo único o bien ser el hijo mayor o menor y tener menor número de hermanos, así - también se observó que los padres tenían un mejor nivel educacional.

RECOMENDACIONES.

- 1.- Seguimiento a largo plazo de esta muestra.
- 2.- En caso de haber estudios similares cotejar resultados y ampliar la muestra.
- 3.- Captar casos que sean llevados a recibir tratamiento tardíamente, en quienes se ubique el inicio del padecimiento posterior al sismo.
- 4.- Investigar más en torno a la angustia de separación y su relación con el miedo a la muerte.

RESUMEN DE LOS CASOS CLINICOS:

CASO No. I: Nombre: A.D.D., edad: 8 años, fecha de nacimiento: II de enero de 1977, sexo: femenino, escolaridad: tercer año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Padecimiento actual: inicia su padecimiento actual que motivo su consulta posterior al sismo del 19 de septiembre de 1985, al presentar un cuadro clínico caracterizado por inquietud, disminución de la atención, miedo a dormirse sola, irritabilidad, fácilmente llora, miedo a salir sola a la calle, en cuanto oscurece aumenta la inquietud y solo quiere estar cerca de alguna persona adulta como su padre, madre o abuela, con este cuadro llega al Hospital, dos semanas después presenta un mareo y aumenta la irritabilidad y tres semanas más tarde vuelve a presentar otro mareo. Entre sus antecedentes tenemos: abuelos paternos y maternos diabéticos; tío materno vivo, quien es alcohólico y con problemas mentales. Es la mayor de dos hermanas, nacio por cesarea, no se precisa el motivo de ésta, no recibió pecho materno, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, vivienda es un departamento; ingresa a la primaria a los 6 años de edad, actualmente se encuentra en el tercer año, -- con un buen desempeño, ha obtenido siempre el primer lugar -- de su grupo, lleva buenas relaciones con sus compañeras, así por otra parte, la describe la madre como muy detallista, -- que cuando no obtiene buenas calificaciones o las cosas no le salen como ella quiere se molesta, no se lleva bien con su -- hermana menor. Al examen mental se percibe una menor de aproximadamente 7 años de edad, muy agradable, que acepta platicar sin la presencia de la madre, que dentro de sus fantasías lo que llama la atención es que refiere que sí tiembla a lo -- mejor se puede morir, en consecuencia se va ir al cielo, y al reencarnar o regresar no va tener los mismos padres y eso le preocupa mucho, incluso al platicar lo anterior llora, su CI-

impresiona como superior al promedio. El EEG se reporta normal, las pruebas psicológicas reportan paciente que presenta una reacción de ansiedad situacional al sismo. Diagnóstico: An gustia de separación.

CASO No. 2: Nombre: E.R.C., sexo femenino, edad: II años, fecha de nacimiento: primero de marzo de 1974, escolaridad: primer año de secundaria, lugar de residencia: D.F. Padecimiento actual: inicia su padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre de 1985, en que se niega a regresar a la escuela, llama la atención que en el momento del sismo la paciente esta en clases en la secundaria. También presenta anorexia, irritabilidad, llanto, miedo a salir a la calle, se niega a dormir sola, pero lo más importante para los padres es que se niega a ir a la escuela, finalmente, ha presentado dolor de cabeza localizado a región frontal, de moderada intensidad y que se calma con analgésicos. Se niegan antecedentes de tipo familiar, es la segunda de tres hermanas, con parto atendido en medio domiciliario, al parecer sin complicaciones, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, ingresa a la primaria a los 5 años de edad, termina esta a los II años sin reprobar ningún año y con excelentes calificaciones y actualmente tiene un mes de haber ingresado a la secundaria. Por otra parte, los padres siempre han creado competencia entre sus hijas y a E.R.C. le exigen igual que a su hermana mayor, quien siempre ha sido la mejor de su grupo. La paciente siempre ha estado muy apegada al núcleo familiar, con pocas amigas, un tanto aislada, hogareña y que discute frecuentemente con sus hermanas. Al examen mental se aprecia femenina de aproximadamente II años, quien esta muy inquieta, se nota molesta y negativista a platicar, dice que no la molesten, que ella no tiene nada y que lo único que desea es no regresar a esa escuela, También afirma que no desea venir al Hospital, que sus padres la traen por indicaciones de la doctora de la secundaria,

su CI impresiona como superior al término medio. EEG es reportado como normal. Las pruebas psicológicas se reportan como " menor que presenta una reacción de inadaptación por situaciones para ella frustrantes. Diagnóstico: Angustia de separación, donde se destaca una fobia escolar.

CASO No. 3: Nombre: L.L.M., sexo: femenino, edad II años, fecha de nacimiento: 28 de agosto de 1974, escolaridad: sexto año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Padecimiento actual: lo inicia posterior al sismo del 19 de septiembre pasado, al negarse a dormir sola, refiere miedo a salir sola, siempre busca estar acompañada de su madre, inquieta, irritante y finalmente, todo esto se exagera en la noche. Entre sus antecedentes tenemos tía materna con crisis convulsivas y madre -- sumamente ansiosa. Es la primogénita e hija única, durante el embarazo la madre refiere dolores de cabeza y diversos dolores abdominales, así como la separación del padre en el quinto mes del embarazo, peso 2500 gr. al nacer, al parecer sin complicaciones y en medio hospitalario, desarrollo psicomotor dentro de límites normales. Desde el año de edad es llevada a una guardería, puesto que la madre tiene que trabajar, a los 6 años ingresa a la primaria, actualmente esta en sexto año de primaria, con buenas calificaciones, sin haber reprobado ningún año, -- practica Karate, sus figuras paternas han sido sus dos tíos, puesto que no conoce a su padre. Su comportamiento en la escuela es de una niña tranquila, con pocas amigas, aislada y que es buen estudiante. Al examen mental: se aprecia femenina de -- aproximadamente 13 años, que nos platica de sus temores a estar sola, que en sus contestaciones se percibe un poco de -- agresión, con tono de voz alto, su CI impresiona como superior al promedio, finalmente nos platica del miedo que tiene a que vuelva a temblar, así como el que no quiere estar lejos de su madre. EEG: se reporta como normal. Las pruebas psicológicas reportaron "paciente que presenta inestabilidad emocional co-

mo causa reactiva de la situación del sismo. Diagnostico: Angustia de separación.

CASO No. 4: Nombre: S.R.G., sexo: masculino, edad: 3 años, fecha de nacimiento: 29 de noviembre de 1982, lugar de residencia: D.F.. Padecimiento actual: lo inicia posterior al sismo del 20 de septiembre en que lo nota la madre muy ansioso, no quiere quedarse solo ni un momento y cuando llega a suceder grita, le cuesta trabajo dormirse, no quiere dormirse solo, presenta vómito cuando se queda solo o bien cuando lo regañan. Se niegan antecedentes heredo-familiares. Es el mayor de dos hermanos, con parto sin complicaciones y atendido en medio hospitalario, no planeado, apgar de 9, con 3,050 gr, al nacer, alimentación al seno materno por 5 meses, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, se niegan cualquier otro tipo de patología, su padre es médico, dinámica familiar es buena y el paciente se relaciona bien con otros de su edad. Examen mental se aprecia como un niño de 2 años de edad, hipodesarrollado, al principio de la entrevista esta muy temeroso, pero conforme juega uno con él se va tranquilizando y nos refiere que no tiene miedo ya que estoy con él, así dice que si estuviere solo si tendría miedo, platica acerca de un boleto que trae del metro en forma adecuada para su edad, lo que llama la atención es cuando nos refiere que esta bien porque yo soy grande y no tiene miedo, su C.I. impresiona como promedio. EEG es normal. Pruebas psicológicas reportan: "no fue posible la obtención de material psicodinámico ante las pruebas aplicadas debido a su corta edad". Diagnóstico: Angustia de separación -- acompañada de somatizaciones.

CASO No.5: Nombre: A.S.N., sexo: femenino, edad: 9 años, fecha de nacimiento: cuatro de febrero de 1976, escolaridad: cuarto año de primaria, lugar de residencia: D.F. ---

Padecimiento actual: inicio posterior al sismo al negarse a ir a la escuela, cuando la llevan a ésta se queda llorando y mejor la maestra la regresa a su casa, también ha estado irritable, con miedo a salir de su casa, se despierta en la noche y refiere que esta temblando, frecuentes dolores epigástricos, negarse a ir a dormir sola y además se despierta en la madrugada muy inquieta. Entre sus antecedentes tenemos: abuela materna viva, quien es diabética. Es la tercera de cuatro hermanos, con parto atendido en medio hospitalario, sin complicaciones, destete al mes de edad, ablactación a los 2 meses, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, padeció escarlatina a los 2 años de edad al parecer sin complicaciones; ingreso a la primaria a los 5 años de edad, actualmente cursa el cuarto año, sus calificaciones siempre habían sido de 9 a 10, pero actualmente han bajado de 7 a 8; la dinámica familiar es referida como buena. La madre describe a A.S.N. como callada, con pocas amigas, un tanto aislada, que siempre se la pasa en en su casa. Al examen mental se trata de paciente femenina de edad aparente como de 10 años, quien al platicar se aprecia muy angustiada, con respuestas muy concretas, que nos habla de sus temores a los temblores, así maneja un temor a la muerte, refiere que si tiembla se puede morir y que eso es algo feo, su C.I. impresiona como promedio. EEG es reportado como normal. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta un estado de inestabilidad emocional respectivo a la situación de sismos". Diagnóstico: Angustia de separación.

CASO No. 6. Nombre: H.A.H., sexo: masculino, edad: 6 años, fecha de nacimiento: 8 de mayo de 1979, escolaridad: primer año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Lo envían de la escuela debido a que presenta llanto, mencionar que se va caer la escuela y buscar a su madre. Inicia su padecimiento a partir del sismo del día 19 de septiembre en que al lle-

varlo a la escuela observa que en las grúas de tránsito amontonan cadáveres, presentando llanto, inquietud y sensación inmediata de querer evacuar el intestino, posterior al segundo temblor se torna irritable, agresivo, se niega a dormir solo e ir a la escuela y presenta terrores nocturnos, menciona que su -- hermano se encuentra lleno de sangre, y enuresis. Entre sus antecedentes tenemos: abuelo paterno muerto era diabético, abuela materna muerta por CACU y una hermana con retraso mental. - Es el quinto de seis hermanos con parto atendido en medio hospitalario, fue prematuro y prolongado, peso 1,540 gr, permaneció en incubadora por lapso de dos meses, desde su época de lactante a presentado cuadros de bronquitis; presento várice a los 12 meses de edad al parecer sin complicaciones, vivienda de madera, piso de tierra en malas condiciones de higiene y ventilación y con promiscuidad; desarrollo psicomotor dentro de límites normales; a los 3 años de edad presento enuresis secundaria, - ya que había logrado el control de esfínteres, pero a los 3 -- años es llevado a una guardería y en consecuencia presento enuresis; dentro de la dinámica familiar se trata de una familia de bajo nivel socioeconómico, con promiscuidad y hacinamiento; y en consecuencia con problemas de relaciones interpersonales. Al examen mental se percibe masculino de edad aparente como 6 años muy ansioso, con lenguaje concreto, limitado, quien nos platicó sobre sus temores en torno a los temblores y su negativa de -- acudir a la escuela y como lo han llevado por la fuerza eso lo angustia, su CI impresiona como promedio bajo. EEG es reportado normal. Las pruebas psicológicas refieren "paciente que presenta alteración orgánica cerebral y reacción emocional debida al sismo. Probablemente existe un trastorno de percepción auditiva, con CI de 71 que corresponde a débil mental superficial". Diagnóstico: Angustia de separación en paciente con retraso -- mental superficial.

CASO No. 7: Nombre: M.M.A., sexo: masculino, edad: 7 años, fecha de nacimiento: 29 de mayo de 1978, escolaridad: segundo año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Paciente que es traído por su madre debido a que se chupa el dedo y es distraído, y a partir del sismo del 19 de septiembre tiene -- miedo a quedarse solo en la noche, busca dormir con sus pa--- dres, ha estado inquieto, irritable, no quiere salir a la ca- lle y solo quiere estar cerca de su madre, todo esto se exacer- ba más al llegar la noche. Entre sus antecedentes tenemos: tía materna viva, quien padece de crisis convulsivas tónico clóni- cas generalizadas, abuela paterna viva, es diabética, abuelo- paterno muerto por carcinoma de páncreas. Es el único hijo de la madre y el quinto del padre, con parto atendido en medio - domiciliario, sin complicaciones aparentes, no recibió pecho- materno, abalctación a los tres meses de edad; desde los 2 -- años de edad padece frecuentes cuadros de faringoamigdalitis, los cuales han sido manejados con antibióticos, a los 5 años de edad sufrió un traumatismo craneoencefálico sin pérdida -- del estado de consciencia; desarrollo psicomotor dentro de -- límites normales, solo refiere la madre que a los 6 años de - edad pronunciaba mal la "r y l"; dinámica familiar es dudosa la información, puesto que el paciente tiene cuatro medios -- hermanos y convive con ellos, pero desconoce esa información y el padre no ayuda en la educación de los hijos. Al examen mental se trata de un menor que viste ropas un tanto extrava- gantes, con corte de cabello que llama la atención, quien -- esta sumamente inquieto, frecuentemente se esta frotando y jugando con las manos, que después de ganarse su confianza - en la tercer entrevista nos platica sobre unos perros que el tenía y sus padres le quitaron y esta preocupado ya que dice que a lo mejor se murieron con el temblor, su CI. impresiona como promedio alto. EEG esta dentro de límites normales. -- Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta un estado disruptivo emocional como proceso reactivo a la situa

ción del sismo. Diagnóstico: Angustia de separación.

CASO No. 8. Nombre: T.C.T., sexo: femenino, edad: 9 años, fecha de nacimiento: primero de agosto de 1974, escolaridad: cuarto año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Posterior al sismo del 19 de septiembre notan sus familiares cambios en su conducta, comienza a presentar miedo a estar sola, irritable y poco sociable, en la escuela la maestra también la nota diferente, menos comunicativa y inquieta, por otra parte, en cuanto llega la noche la paciente se pone más ansiosa, busca estar acompañada y se niega a dormir sola, por esta conducta el padre ha lledo a agredirla y finalmente, la paciente frecuentemente habla de los temblores. Entre sus antecedentes --- tiene: abuela materna viva, es diabética; tío paterno vivo, es epiléptico; una hermana viva, quien acude a escuela de educación especial por presentar retraso mental. Es la menor de dos hermanas, con parto atendido en medio hospitalario, al parecer sin complicaciones, padeció varicela a los 7 años de edad al parecer sin complicaciones, desarrollo psicomotor dentro de -- límites normales, destete a los 6 meses, abñctación a los 3 - meses, ingresa a la primaria a los 5 años de edad, actualmente cursa el cuarto año de primaria con excelentes calificaciones sin haber reprobado nunca. Dentro de la dinámica familiar se trata de una familia de bajos recursos económicos, pero funcional. Al examen mental: Se trata de femenina de edad aparente como 9 años, tranquila a la entrevista, muy comunicativa, que nos habla de sus temores al sismo, miedo a morir, manejando un concepto más desarrollado de lo que es la muerte, como la fase final de la vida y irreversible, su CI. impresiona como superior al término medio. EEG es normal. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta una reacción de inestabilidad emocional debido a la presentación del sismo. Actualmente presenta en forma agregada: enuresis nocturna. Diagnóstico: Angustia de separación con enuresis nocturna secundaria.

CASO No. 9. Nombre: J.J.R., sexo: masculino, edad: 8 años, fecha de nacimiento: 18 de agosto de 1977, lugar de residencia: D.F.. Lo traen debido a que no quiere dormirse -- solo ni separarse de sus padres. Inicia su padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre al comenzar a tornarse hipoactivo, disminuye su apetito, se niega a quedarse solo en su casa, no quiere dormir solo, en la madrugada se levanta y se va dormir con sus padres y solo quiere estar con ellos. -- Entre sus antecedentes tiene una abuela paterna muerta, quien era diabética; dos tíos paternos vivos, son diabéticos; abuelo paterno muerto, era alcohólico y padre vivo, quien es alcohólico controlado desde hace 6 meses. Es el segundo de cuatro hermanos, con parto atendido en medio hospitalario sin complicaciones, al nacimiento presento vómitos frecuentes, por lo que se penso en estenosis pilórica, pero cedió con tratamiento -- médico, destete a los 6 meses, ablactación a los 4 meses, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, ingresa a la escuela primaria a los 6 años de edad, actualmente esta en -- tercer año con desempeño adecuado. La dinámica familiar actuallmente es buena, pero hace 6 meses era pésima, ya que el padre frecuentemente llegaba alcoholizado. Al examen mental: se --- aprecia masculino de edad aparente similar a la cronológica, quien se aprecia al inicio un poco ansioso, pero conforme pasan las entrevistas se aprecia mas tranquilo y nos platica que en una ocasión presento una alucinacion visual, que refiere que veía una mano, también nos platica de sus temores a -- los temblores y su CI impresiona como superior al término medio. EEG sugiere una ligera alteración bioeléctrica inespecifica (hay ligero exceso difuso de ritmos rápidos en ausencia de medicación que lo justifique). Las pruebas psicológicas reportan "el menor muestra inestabilidad emocional como situacion reactiva a la aparición del sismo." Diagnóstico: Angustia de separación en menor que se encontro como hallazgo un EEG - anormal.

CASO No. IO. Nombre: R.R.V., sexo: masculino, edad: 5 años, fecha de nacimiento: 9 de mayo de 1980, lugar de residencia: D.F.. Lo traen debido a que posterior al sismo ha estado inquieto y con miedo. Inicia su padecimiento posterior al sismo del 20 de septiembre en que lo notan inquieto, frecuentemente pregunta a su madre si volvera a temblar, quiere irse del edificio donde vive, no quiere dormir solo ni estar en su casa sin sus padres y ha estado muy irritable. Entre sus antecedentes tenemos que es el segundo de tres hermanos con parto atendido en medio hospitalario y al parecer sin complicaciones, con desarrollo psicomotor dentro de límites normales, destete a los 4 meses, ablactación a los 4 meses, ingresa a la preprimaria a los 4 años y actualmente esta en segundo año de preprimaria, es muy sociable con sus compañeros. Al examen mental se percibe un niño muy inquieto, ya que esta tocando todo lo que hay en el consultorio e incluso abre las llaves del agua del lavabo, conforme pasan las entrevistas se va tranquilizando y nos platica de sus temores a los sismos, su QI impresiona como superior al término medio. EEG: dentro de límites normales. --- Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta reacción de excesiva frustración a sus demandas". Diagnóstico: Angustia de separación.

CASO No. II. Nombre: R.Z.M., sexo: masculino, edad: 8 años, fecha de nacimiento: 31 de octubre de 1978, escolaridad: segundo de primaria, lugar de residencia: D.F.. Inicia su padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre, en que sus padres y hermanita quedan sepultados en los escombros del edificio donde vivían, Se logran salvar sus padres no así su hermana. Posterior a este acontecimiento lo notan triste, hiporético, retraído, se aísla, agresivo en contra de sus compañeros de juego, encopresis, llora sin motivo alguno y -- bajo rendimiento escolar. Entre sus antecedentes se refiere que es le mayor de dos, con parto atendido en medio hospitalario,

sin complicaciones, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, destete a los 8 meses, ablactación a los 5 meses, con una dinámica familiar actualmente alterada por la pérdida de la hermana y la vivienda. Al examen mental se aprecia triste, con la atención disminuida, se niega a tocar el tema de los sismos, llanto fácil y su QI. impresiona como normal brillante. EEG: normal. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta inestabilidad emocional reactiva a la situación del sismo". Diagnóstico: Trastorno depresivo.

CASO No. 12. Nombre: E.A.A., sexo: masculino, edad: 12 años, fecha de nacimiento: 14 de febrero de 1973, escolaridad: primero de secundaria, lugar de residencia: D.F.. Lo traen por presentar miedo a ir a la escuela posterior al sismo. Inicia su padecimiento actual después del sismo del 19 de septiembre; acudía adecuadamente a la escuela secundaria, pero a consecuencia del sismo se suspenden las clases y al reanudarse se niega a regresar, la madre lo forza y acude los dos primeros días, pero se tiene que salir debido a que se siente con miedo y sudor palmar y al tercer día ya no asiste, luego pide a su madre que lo cambien de escuela, lo cual se consigue, pero vuelve a negarse a acudir, En forma conjunta presenta disminución del apetito, irritabilidad, se niega a quedarse solo en casa, solicita a su madre dormir con ella, sudoración palmar, inquietud y frecuentemente se agrede con sus hermanas. Entre sus antecedentes tiene una abuela materna viva, quien es diabética. Es el tercero de cuatro hermanos, con parto atendido en medio domiciliario al parecer sin complicaciones, no recibió seno materno, ablactación a los 2 meses de edad, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, ingresa a la primaria a los 6 años de edad, actualmente se encuentra en el primer año de secundaria, no ha reprobado ningún año y sus calificaciones siempre han sido de 9 a 10, aunque refiere la madre que no se las merece, puesto que su maestra lo quería mucho y le regalaba calificaciones, además de que los padres han creado compe--

tencia con las hermanas, quienes siempre han obtenido el primer lugar en la escuela. La dinámica familiar al parecer es adecuada entre los padres, pero entre los hermanos es de competencia, con pésimas relaciones con el paciente, frecuentemente le ponen apodosos y se agreden. Al examen mental se aprecia paciente inquieto, quien nos platica de sus deseos de no seguir estudiando, del miedo que tiene al estar en clases, de sus relaciones con sus hermanas, quienes le ponen apodosos y frecuentemente le ordenan las cosas y eso le molesta bastante, además de platicarnos de sus temores a que vaya a temblar de nuevo y su QI. impresiona como promedio. EEG: normal. Las pruebas psicológicas reportan: "menor que presenta reacción de inestabilidad emocional debida al sismo". Diagnóstico: Angustia de separación con importante fobia escolar.

CASO No. 13. Nombre: M.H.M., sexo: Femenino, edad: - 12 años, fecha de nacimiento: primero de abril de 1971, escolaridad: primero de secundaria, lugar de residencia: D.F. Es -- traída por presentar adormecimiento de extremidades superiores posterior al sismo. Inicia su padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre de 1985, teniendo como antecedente una personalidad un tanto irritable, pero posterior al sismo se torna mas irritable e inquieta, después comienza a presentar desmayos, adormecimiento de piernas y manos y calambres, refirió en varias ocasiones que estaba temblando y en una de ellas volvió a presentar desmayo, por otra parte se niega a salir solo, se niega a dormir sola y solicita a su madre dormir con ella y presenta insomnio. Entre sus antecedentes tenemos una tía materna muerta, era diabética, padre vivo, quien es alcohólico controlado desde hace 4 años. Es la mayor de siete hermanos, con parto atendido en medio hospitalario, al parecer sin complicaciones; desarrollo psicomotor dentro de límites normales, ingresa a la primaria a los 6 años de edad, actualmente -- este en primero de secundaria, su rendimiento escolar ha sido

adecuado, nunca ha reprobado y sus calificaciones son de 9. La dinámica familiar actual es buena, pero cuando el padre ingería bebidas alcohólicas la relación con la madre era de frecuentes discusiones. Al examen mental se trata de paciente femenina que a la entrevista esta un poco ansiosa, platica de sus temores a los sismos y de los desmayos que ha tenido, los cuales relaciona con el temor a los temblores, finalmente su C.I. impresiona como promedio. EEG: normal. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta inestabilidad emocional reactiva a la situación de sismos..Se observa una predisposición a desencadenar reacciones sintomáticas". Diagnóstico: Trastorno conversivo con angustia de separación.

CASO No. I4. Nombre: P.G.F., sexo: femenino, edad: 8 años, fecha de nacimiento: 3 de mayo de 1977, escolaridad: tercer año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Es traída por su madre por presentar un cuadro clínico posterior al sismo -- caracterizado por negarse a dormir sola, pesadillas y miedo a los temblores. Inicia su padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre en que la comienzan a nortar inquieta, irritable, se niega a dormirse sola, refiere frecuentes pesadillas en que ve a sus familiares sangrando y entre escombros y pregunta mucho de los temblores. Entre sus antecedentes tiene abuelo paterno vivo, quien es alcohólico; padre vivo, es alcohólico controlado desde hace tres años y dos hermanos que -- están siendo tratados en este Centro Hospitalario, uno de ellos desde hace dos años y el otro a raíz del sismo. Es la menor de tres hermanos con parto atendido en medio hospitalario, al parecer sin complicaciones, destete a los 3 meses de edad, con ab lactación a los 4 meses de edad, padeció varicela a los 4 -- años de edad al parecer sin complicaciones, desarrollo psicomotor dentro de límites, ingresa a la primaria a los 6 años de edad, actualmente esta en tercer año, lleva excelentes calificaciones. La dinámica familiar es referida como buena. Al exa-

men mental se percibe femenina de edad aparente como de seis años, sumamente agradable, tranquila, plática de sus sueños y temores a los temblores, nos relata un sueño en que veía a todos sus hermanos y madre sangrando debajo de unos escombros y su padre que trabaja en un hotel, no llegaba y elle se desesperaba debido a que su padre no se presentaba, por otra parte su QI. impresiona como normal brillante. EEG: normal. Las pruebas psicológicas reportan "menor que presenta inestabilidad emocional reactiva a la situación de sismos". Diagnóstico: Angustia de separación.

CASO No. 15. Nombre: H.G.F., sexo: masculino, edad: 9 años, fecha de nacimiento: 24 de marzo de 1976, escolaridad: cuarto año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Inicia su padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre al notar que se niega a dormirse solo, esta menos activo que de costumbre, un tanto triste, en cuanto comienza a oscurecer se torna irritable, busca estar siempre acompañado de alguien, y finalmente ha presentado sueños que describe "es que temblaba y mi casa se derrumbaba y como mi padre no estaba, ya que trabaja de noche, llegaba muy alegre y encontraba a todos atrapados y muertos por el temblor" (sic). Entre sus antecedentes tiene un abuelo paterno vivo, quien es alcohólico, padre vivo, alcohólico controlado desde hace tres años, dos hermanos que son atendidos en este Centro Hospitalario, uno a raíz del sismo y otro desde hace dos años. Es el segundo de tres hermanos, con parto atendido en medio hospitalario, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, padeció varicela a los 5 años de edad al parecer sin complicaciones y frecuentes cuadros de faringoamigdalitis de los 3 a los 8 años de edad, ingresa a la escuela a los 6 años de edad, actualmente cursa el cuarto año de primaria, lleva un promedio de calificaciones de 8, sin haber reprobado ningún año. La dinámica familiar --

Actualmente es buena, pero hace tres años había problemas por el alcoholismo del padre. Al examen mental se percibe menor, - quien se encuentra muy angustiado, pero conforme transcurre la entrevista mejora esta y es más fácil platicar con él, platica sus sueños y sus temores a los sismos, su CI impresiona como promedio. EEG: normal. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta inestabilidad emocional reactiva a la situación del sismo". Diagnóstico: Angustia de separación.

CASO No. 16. Nombre: G.G.R., sexo: femenino, edad: 11 años, fecha de nacimiento: 12 de diciembre de 1973, escolaridad: primer año de secundaria, lugar de residencia: D.F. -- Es traída por su madre y por indicaciones del médico de la escuela, ya que a raíz del sismo ha estado irritable, inquieta, - temor a estar sola, miedo a asistir a la escuela y a subirse a cualquier edificio, llanto fácil, sensación de que tiembla, - negarse a dormir sola y desmayos. Inicia su padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre en que presenta la sintomatología arriba descrita, por lo cual es llevada al IMSS, - canalizándola a la Universidad Iberoamericana sin tratamiento, sitio en donde se le dan pláticas sin presentar mejoría alguna e incluso los desmayos se exacerban, aumenta su negativa de ir a la escuela, se torna irritable, con llanto fácil, ansiosa y con dolores de cabeza. Entre sus antecedentes tiene padre vivo diabético, abuela paterna muerta, al parecer era diabético; tío paterno muerto, era diabético. Es la menor de dos hermanos con parto atendido en medio hospitalario, al parecer sin problemas, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, destete a los cuatro meses y ablactación a los 4 meses, sonambulismo de pequeña, ingresa a la escuela a los 5 años de edad, actualmente esta en primer año de secundaria, sus calificaciones son excelentes, y nunca ha reprobado año. La dinámica familiar es adecuada, cada quien lleva su rol, aunque hay que destacar que el padre ya es anciano y su hermano ya es casado, por lo cual la diferen--

cia de edades bloquea la comunicación. Al examen mental se percibe menor de edad aparente similar a la cronológica, un poco tendiente a la obesidad, que en la platica esta ansiosa, platica con detalle sus temores a los temblores y sus desmayos y somatizaciones. EEG: normal. Las pruebas psicológicas se reportan "paciente que presenta inestabilidad emocional reactiva a la situación de sismos". Diagnóstico: Trastorno somatiforme -- con angustia de separación y fobia escolar.

CASO No. 17. Nombre: H.P.V., sexo: masculino, edad: 6 años, fecha de nacimiento: 15 de febrero de 1978, escolaridad primer año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Paciente que es traido por su madre debido a que actualmente ha estado muy inquieto, agresivo, grosero, no come bien, le da miedo estar solo, se niega a dormir solo y va mal en la escuela. Inicia su padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre, en que la madre nota que cambio en su conducta, disminuye su desempeño escolar, hay que destacar que tanto la madre como el niño fueron testigos de como se derrumbo el conjunto Pino Suarez, Comenzo a tornarse muy agresivo, se peleo con sus compañeros, no obedece, se niega a dormir solo, come poco, esta muy inquieto y ha disminuido su rendimiento escolar. Sus padres estan separados desde hace tres años y el padre no ha vuelto a visitarlo. Entre los antecedentes tenemos abuela paterna viva, quien es cardiopata. Es hijo único, con nacimiento a través de cesarea, al parecer por desproporción cefalo-pélvica, embarazo planeado y deseado, destete a los 3 meses de edad, ablactación a los 3 meses, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, ingresa a la primaria a los 6 años, es decir hace unos meses, pero desde la edad de 2 años ha estado en guarderia y su conducta ha sido adecuada. La dinámica familiar esta dada por la relación del paciente con su madre, la que es muy sobre protectora. Al examen mental se percibe menor de edad cronológica y aparente similares, sumamente inquieto, con adecuado --

estado de ánimo, plática de sus temores a los sismos y de lo que vio, su QI impresiona como normal brillante. EEG: dentro de límites normales. Las pruebas psicológicas reportan "el menor muestra inestabilidad emocional como situación reactiva a la aparición de sismos". Diagnóstico: Angustia de separación.

CASO No. 18. Nombre: R.I.M.V., sexo: femenino, edad: 7 años, fecha de nacimiento: 15 de agosto de 1978, escolaridad: segundo de primaria, lugar de residencia: D.F.. La trae su madre -- por presentar cambios muy marcados en su conducta a raíz del sismo. Inicia su padecimiento actual, según hace notar la madre, dos meses después del sismo del 19 de septiembre al comenzar a tener miedo a estar sola en su casa, no quererse dormir sola, terrores nocturnos, sonambulismo, noctilalia, cuando juega hace alusión al temblor, miedo a la oscuridad y retrasa su hora de dormir. Entre sus antecedentes tiene: es la menor de cinco hermanos con parto -- atendido en medio domiciliario y al parecer sin complicaciones, -- fue un embarazo deseado y programado, desarrollo psicobiológico -- dentro de límites normales, destete a los 6 meses, ablactación a los 3 meses, ingresa al kinder a los 5 años con buen aprovechamiento, poco sociable, actualmente esta en segundo año de primaria con excelentes calificaciones, continúa siendo poco sociable. La dinámica familiar es aceptable. Al examen mental femenina de edad aparente como 8 años, quien esta tranquila a la plática, -- con buen estado de ánimo, comenta con detalle sus temores y el miedo a la oscuridad, su QI impresiona como normal. EEG: Anormal " sugiere una alteración bioeléctrica inespecífica de escasa magnitud. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta inestabilidad emocional reactiva a la situación de sismos". Diagnóstico: Angustia de separación en paciente con EEG anormal.

CASO No. 19. Nombre: R.A.D., sexo: femenino, edad: 15 años, fecha de nacimiento: 29 de junio de 1970, escolaridad: primer año de Bachilleres, lugar de residencia: D.F.. Inicia su -- padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre pasa

do, el cual se caracteriza por irritabilidad, llanto, disforia, -
lenguaje incoherente e incongruente, afirmaba que deseaba hablar
con su padre, quien ya estaba muerto, dicho cuadro cedio sin ---
tratamiento psiquiátrico, solo duro unos cuantos días, posterior-
mente su conducta se matizaba por tener miedo a salir a la calle,
no querer estar sola en su casa y deseaba dormir acompañada de su
hermana, así permaneció con ciertas fluctuaciones hasta princi---
pios de enero de 1986 en que vuelve a presentar otro cuadro si-
milar al primero mencionado, lo cual motivo que fuese vista en su
clínica del ISSSTE, le prescriben benzodiacepinas, con lo que hu-
bo cierta mejoría, presentandose de nuevo otra recaída en febrero,
lo que motivo su internamiento en el Hospital Psiquiatrico Infant-
til "Juan N. Navarro", permaneció una semana internada mejorando
en forma completa y egresando por mejoría clínica, actualmente --
continúa su manejo por consulta externa con buena evolución. Entre
sus antecedentes tiene padre muerto por un accidente automovilís-
tico, era diabético, abuela materna muerta, era epileptica. Es la
mayor de cinco hermanos, con parto atendido en medio hospitalario
durante el embarazo se presentó hiperemesis gravidica, desarrollo
psicomotor dentro de límites normales, destete a los 12 meses, --
abalcación a los 3 meses, ingreso al kinder a los 3 años, a los
5 años a la primaria y actualmente está en primer año de bachide-
rato, nunca ha reprobado y lleva buenas relaciones interpersona--
les. La dinámica familiar actualmente es inadecuada, puesto que -
desde hace dos años no hay figura paterna y tienen problemas eco-
nómicos importantes. Examen mental: se trata de femenina de edad
aproximada 14 años, quien a la entrevista está ansiosa, preocupa-
da, ya que está internada, plática con detalle sus temores a es-
tar sola, salir a la calle, por otra parte no recuerda mucho ----
acerca de que deseaba hablar con su padre, su CI impresiona como-
normal brillante. EEG: normal. Las pruebas psicológicas reportan
"adolescente que muestra inestabilidad emocional como situación-
reactiva a la aparición de sismos". Diagnóstico: Trastorno diso-
ciativo con angustia de separación.

CASO No. 20. Nombre: M.L.P. Sexo: femenino. edad: 16 años, fecha de nacimiento: 13 de diciembre de 1969, escolaridad: segundo año de secundaria, lugar de residencia: D.F. Presenta -- un cuadro clínico que inicia en septiembre de 1985, posterior al mismo caracterizado por afirmar que su abuelita paterna se había muerto y que le había venido hablar, así efectivamente su abuela paterna falleció en el sismo, refería la paciente que su abuela le decía que se ahorcara, esta situación solo duro tres semanas, al parecer no recibió tratamiento alguno, pero a partir del primero de enero de 1986 de nueva cuenta lo vuelve a presentar, en esta ocasión le pidió a su hermana que la ahorcara, lo que su hermana intento sin conseguirlo, es llevada a un templo evangelista, sitio donde afirma la madre le realizaron exorcismo, con lo que mejoró parcialmente, tres días después en la escuela un compañero le quita su biblia, con lo cual en forma espontanea vuelve a presentar el cuadro arriba descrito. Por otra parte, la paciente ha referido a sus familiares miedo a dormirse sola, siempre quiere estar acompañada y tiene miedo a salir a la calle sola. Entre sus antecedentes tiene padre alcohólico. Es la tercera de 3 hermanos, con parto atendido en medio domiciliario, al parecer sin complicaciones, padeció varicela a los 2 años de edad y rubiolo a los 5 años, al parecer sin complicaciones, desarrollo psicomotor dentro de límites normales. La dinámica familiar esta alterada por la -- ausencia de la figura paterna, con grandes peleas entre los padres. Al exámen mental se percibe femenina, de edad aparente como de 14 años, quien esta tranquila a la entrevista, aunque le preocupa -- cuando egresará, por otra parte nos platica de su sensación que su abuelita le hablaba y le decía que se ahorcara, dice que para ella su abuela era la persona que más apreciaba, que frecuentemente la visitaba y que siente mucho su ausencia, también platico -- sobre sus temores a los temblores, su CI impresiona como normal. -- EEG: normal. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta una reacción de ansiedad situacional al sismo, así como un duelo no resuelto". Diagnóstico: Trastorno disociativo con angustia de separación.

CASO No. 21. Nombre: A.P.I., sexo: masculino, edad: 10 años, escolaridad: quinto año de primaria, lugar de residencia: D.F.. Paciente que es traído por su abuelita paterna debido a que presenta un cuadro clínico caracterizado por negarse a dormir solo, --- miedo a estar solo en su casa, inquieto, poco sociable. Inicia su -- padecimiento actual posterior al sismo del 19 de septiembre de 1985 al comenzar a notar su abuela cambios en su conducta y temores, tales como el no querer salir solo a la calle, el querer dormir con ella, irritabilidad e inquietud. Entre sus antecedentes se tiene: es el - único hijo, con parto atendido en medio hospitalario al parecer sin complicaciones, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, -- destete a los 4 meses, ablactación a los 5 meses, ingresa al kinder a los 3 años y a los seis años a la primaria, actualmente esta en - quinto año de primaria, nunca a reprobado algún año, sus califica-- ciones son buenas, esta en una escuela de religiosas, la dinámica -- familiar es mala, puesto que el paciente vive con su abuela, sus pa-- dres están separados y sólo ocasionalmente llega a ver a su madre. - Al examen mental se percibe menor del sexo masculino, quien esta muy inquieto a la entrevista, se frota frecuentemente las manos y sobre todo cuando se le pregunta algo que no sabe como responder, así por otra parte nos platica de sus temores a los temblores, de su miedo a dormirse solo, su CI impresiona como normal superior. EEG: normal, Las pruebas psicológicas reportan " paciente que presenta una ines-- tabilidad emocional reactiva a la situación de sismos". Diagnóstico: Angustia de separación.

CASO No. 22. Nombre: J.A.E.M., sexo: masculino, ---- edad: 11 años, escolaridad: sexto año de primaria, lugar de residen-- cia: D.F.. Lo trae el padre debido a que posterior al sismo del --- 19 de septiembre presenta un cuadro clínico caracterizado porque -- insiste en cambiarse de vivienda, vive en un edificio en el séptimo piso, tiene miedo a salir solo a la calle y estar solo en su casa,

también se niega a dormir solo, ha estado inquieto, irritable y en un principio con insomnio. Entre sus antecedentes hay que destacar que el padre es un alcohólico controlado desde hace 5 años. Es el mayor de tres hermanos, con parto atendido en medio hospitalario y al parecer sin complicaciones, desarrollo psicomotor: dentro de límites normales, no recibió pecho materno, abalctación a los 3 meses, padeció sarampión a los 6 años de edad al parecer sin complicaciones, ingresa a la primaria a los 6 años de edad, actualmente esta en sexto año de primaria, sin haber reprobado nunca año, sus calificaciones son buenas. La dinámica familiar es descrita por el padre como armónica, sin haber dificultades ni pleitos entre ellos. Al examen mental se trata de masculino muy delgado, quien está tranquilo a la plática, nos platicó de sus temores a que tiemble y se derrumbe su departamento, así refiere que no quiere vivir en ese departamento, su CI impresiona como normal. EEG: dentro de límites normales. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta una reacción de ansiedad situacional al sismo". Diagnóstico: Angustia de separación.

CASO No. 23. Nombre: N.E.A.R. Sexo: masculino, edad: 11 años, escolaridad: primer año de secundaria. Lugar de residencia: D.F.. Lo trae su madre debido a que posterior al sismo comenzó a presentar un cuadro clínico caracterizado por irritabilidad, no querer ir a dormir hasta sus hermanos lo hacían, pesadillas, el no querer quedarse en su casa solo, el platicar mucho a cerca de los temblores, también disminuye un poco su apetito, también se niega a salir solo a la calle, sobre todo se aprecia cuando le envían a un mandado y se niega. Entre sus antecedentes tiene una abuela materna muerta era diabética. Es hijo único con parto atendido en medio hospitalario al parecer sin complicaciones, recibió pecho materno por lapso de cuatro meses, abalctación a los 3 meses, desarrollo psicomotor dentro de límites normales, ingresa a la primaria los 5 años,

actualmente está en primer año de secundaria, nunca ha reprobado --- ningún año, así sus calificaciones son excelentes. La dinámica familiar a pesar de ser hijo único es buena, se lleva bien con sus padres y frecuente muchó a sus primos. Al examen mental masculino que esta tranquilo durante la entrevista, nos platica de sus temores a los temblores, así como de sus multiples fantasias en relación a la muerte, su CI impresiona como promedio alto. EEG: normal. Las -- pruebas psicológicas reportan "menor que presenta inestabilidad -- emocional reactiva a los sismos". Diagnóstico. Angustia de separación.

CASO No. 24. Nombre: R.M.V., sexo: femenino, edad: 7 años, escolaridad: segundo de primaria, lugar de residencia: D.F.. La trae su madre debido a que la maestra le indico, ya que la han notado inuieta, distraída, además de no querer acudir a la escuela, si también la madre refiere que la paciente se niega a dormir, sola, solo quiere estar con ella, disminuyó su apetito y sobre todo esta irritable. Entre sus antecedentes se refiere que dos tios paternos vivos, quienes son alcohólicos. Es la mayor de cinco hermanos con parto atendido en medio hospitalario, al parecer sin complicaciones, destete a los 7 meses de edad, ablactación a los 5 - meses de edad, desarrollo psicomotor dentro de limites normales, - padeció varicela a los 3 años de edad, al parecer sin complicaciones, ingresa a la escuela a los 6 años de edad, actualmente esta en segundo año con excelentes calificaciones. La dinámica familiar se refiere como buena, llevandose bien la paciente con sus hermanos y entre los padre no se ha referido dificultades. Al examen mental se trata de menor de edad aparente similar a la cronológica, quien esta durante la platica un poco inuieta y se nota ya que juega mucho con una bolsa que trae, nos platica de sus temores a los sismos y sobre todo el que ellá no desea ir a la escuela, ya -- que tiene miedo a que tiemble, su CI impresiona como normal bri--

llante. EEG: normal. Las pruebas psicológicas reportan "paciente que presenta inestabilidad emocional reactiva a la situación de -sismos". Diagnóstico: Angustia de separación.

FICHA DE IDENTIFICACION:

NUMERO: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: a) Masculino.

DELEGACION: _____

b) Femenino.

NIVEL ESCOLAR: a) ninguno b) pre-primaria.

c) 1er. a 3er. año de primaria.

d) 4to. a 6to. año de primaria.

e) Secundaria. f) Bachiderato.

NIVEL ECONOMICO: a) Menos de un sueldo mínimo.

b) Un sueldo mínimo.

c) Dos sueldos mínimos

d) tres sueldos mínimos.

e) Más de tres sueldos mínimos.

RELIGION:

a) Católica. b) Evangelista.

c) Otra (especificar):- _____.

HOGAR:

a) Casa b) Departamento.

c) Otro (especificar): _____.

ESCUELA:

a) Sufrió averías. b) Sin haber sufrido averías.

LUGAR EN LA FAMILIA: a) Mayor

b) menor

c) intermedio c) hijo único.

NUMERO DE HERMANOS: a) ninguno. b) uno a tres.

c) cuatro a seis. d) más de seis.

NIVEL ESCOLAR

OCUPACION.

PADRE: _____

MADRE: _____

C U E S T I O N A R I O:

NUMERO: _____

TIPO DE MANIFESTACION CLINICA:	LEVE	MODERADA	SEVERA.
DEL SUEÑO:			
I.- INSOMNIO	_____	_____	_____
2.- HIPERSOMNIA	_____	_____	_____
3.- SOMNOLENCIA	_____	_____	_____
4.- NOCTOLALIA	_____	_____	_____
5.- PESADILLAS	_____	_____	_____
6.- TERRORES NOCTURNOS	_____	_____	_____
DE LA ALIMENTACION:			
7.- ANOREXIA	_____	_____	_____
8.- HIPERFAGIA	_____	_____	_____
DEL AFECTO:			
9.- LLANTO	_____	_____	_____
10.- TRISTEZA	_____	_____	_____
11.- EUFORIA	_____	_____	_____
12.- APATIA	_____	_____	_____
13.- IDEACION SUICIDA	_____	_____	_____
DEL CONTROL DE ESFINTERES:			
14.- ENURESIS DIURNA	_____	_____	_____
15.- ENURESIS NOCTURNA	_____	_____	_____
16.- ENCOPRESIS	_____	_____	_____
DE LA MOTRICIDAD:			
17.- HIPERACTIVIDAD	_____	_____	_____
18.- HIPOACTIVIDAD	_____	_____	_____
19.- ESTEREOTIPIAS	_____	_____	_____
20.- TICS	_____	_____	_____
21.- ONICOFAGIA	_____	_____	_____

LEVE

MODERADA

SEVERA

SOMATIZACIONES:

22.- CEFALEA

23.- GASTRALGIAS

24.- NAUSEAS

25.- VOMITOS

26.- VERTIGO

27.- DESMAYOS

28.- OTROS

FOBIAS.

29.- FOBIA ESCOLAR

30.- NICTOFOBIA

31.- OTRAS

SENSOPERCEPCION:

32.- ALUCINACIONES VISUALES

33.- ALUCINACIONES AUDITIVAS

34.- ILUCIONES

VIDA DE RELACION

35.- RETRAIMIENTO SOCIAL

36.- MUTISMO

NO CLASIFICABLES:

37.- AGRESIVIDAD

38.- ANSIEDAD

39.- ATENCION

40.- CONFUSION/DESORIENTACION

41.- EVITACION SISTEMATICA A ESTAR
SOLA EN CASA

42.- HIPERESTESIAS

43.- HIPOESTESIAS

44.- HOSTILIDAD

45.- IDEAS DELIRANTES

46.- IRRITABILIDAD

47.- MEMORIA

48.- MIEDO A PERDER A SUS PADRES
O ALGUN FAMILIAR CERCANO

	LEVE	MODERADO	SEVERA
49.- OTROS MIEDOS	_____	_____	_____
50.- RESISTENCIA TENAZ O NEGATI- VIDAD A DORMIR SOLO	_____	_____	_____
51.- REGRESIONES	_____	_____	_____
52.- RISAS INMOTIVADAS	_____	_____	_____
53.- SOLILOQUIOS	_____	_____	_____
54.- SUDORACION PALMAR	_____	_____	_____
55.- TEMORES	_____	_____	_____
56.- DISMINUCION EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR	_____	_____	_____
57.- OTROS (ESPECIFICAR)	_____	_____	_____
PRIMER SUBTOTAL	_____	_____	_____
MULTIPLICADOR	_____ por 1	_____ por 2	_____ por 3
SEGUNDO SUBTOTAL	_____	_____	_____

TOTAL: _____

ESTADISTICA DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ DEL
HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N. NAVARRO"

FECHA: _____

EJE I.

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MASC.	FEM.	TOTAL
	<u>TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA,</u>			
	<u>LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.....</u>	_____	_____	_____
	RETRASO MENTAL.....	_____	_____	_____
3I7.0	RETRASO MENTAL LEVE.....	_____	_____	_____
3I8.0	RETRASO MENTAL MODERADO.....	_____	_____	_____
3I8.1	RETRASO MENTAL GRAVE.....	_____	_____	_____
3I8.2	RETRASO MENTAL PROFUNDO.....	_____	_____	_____
3I9.0	RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____
	TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION....	_____	_____	_____
3I4.OI	CON HIPERACTIVIDAD.....	_____	_____	_____
3I4.00	SIN HIPERACTIVIDAD.....	_____	_____	_____
3I4.80	DE TIPO RESIDUAL.....	_____	_____	_____
	TRASTORNO DE CONDUCTA.....	_____	_____	_____
3I2.00	INFRASOCIALIZADO, AGRESIVO.....	_____	_____	_____
3I2.10	INFRASOCIALIZADO, NO AGRESIVO.....	_____	_____	_____
3I2.23	SOCIALIZADO, AGRESIVO.....	_____	_____	_____
3I2.2I	SOCIALIZADO, NO AGRESIVO.....	_____	_____	_____
3I2.90	SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____
	OTROS TRAST. DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.....	_____	_____	_____
3I3.3I	TRAT. REACTIVO DE LA VINCULACION EN - LA INFANCIA.....	_____	_____	_____
3I3.22	TRAST. ESQUIZOIDE DE LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA.....	_____	_____	_____
3I3.23	MUTISMO ELECTIVO.....	_____	_____	_____
3I3.8I	NEGATIVISMO.....	_____	_____	_____
3I3.82	TRAST. DE IDENTIDAD.....	_____	_____	_____

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MASC.	FEM.	TOTAL
	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICA..	_____	_____	_____
307.10	ANOREXIA NERVOSA.....	_____	_____	_____
307.51	BULIMIA.....	_____	_____	_____
307.52	PICA.....	_____	_____	_____
307.53	TRAST. POR RUMIACION EN LA INFANCIA...	_____	_____	_____
307.50	TRAST. ATIPICO DE LA CONDUCTA ALIMENT. TRASTORNOS POR MOVIMIENTOS ESTEREOTI-- PADOS.....	_____	_____	_____
307.21	TRAST. POR TICS TRANSITORIOS.....	_____	_____	_____
307.22	TRAST. POR TICS MOTORES CRONICOS.....	_____	_____	_____
307.23	TRASTORNO DE LA TOURETTE.....	_____	_____	_____
307.20	TRASTORNO POR TICS ATIPICOS.....	_____	_____	_____
307.30	TRAST. POR MOVIMIENTO ESTEREOTIPADO -- ATIPICO.....	_____	_____	_____
	OTROS TRASTORNOS CON MANIFESTACIONES - SOMATICAS.....	_____	_____	_____
307.00	TARTAMUDEO.....	_____	_____	_____
307.60	ENURESIS FUNCIONAL.....	_____	_____	_____
307.70	ENCOPRESIS FUNCIONAL.....	_____	_____	_____
307.46	TRASTORNO POR SONAMBULISMO.....	_____	_____	_____
307.49	TRAST. POR TERRORES DURANTE EL SUEÑO...	_____	_____	_____
307.90	OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO..... TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO...	_____	_____	_____
299.0	AUTISMO INFANTIL.....	_____	_____	_____
299.9	TRAST. PROFUNDO DEL DESARROLLO DE INI- CIO INFANTIL.....	_____	_____	_____
299.8	ATIPICO..... <u>TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS.....</u>	_____	_____	_____
303	ALCOHOLISMO.....	_____	_____	_____
304	DEPENDENCIA A LAS DROGAS..... <u>TRASTORNOS AFECTIVOS.....</u>	_____	_____	_____
296.5	DEPRESION..... <u>PSICOSIS AFECTIVAS.....</u>	_____	_____	_____

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MASC.	FEM.	TOTAL
	<u>TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS.....</u>	_____	_____	_____
292.	PSICOSIS INDUCIDAS POR DROGAS.....	_____	_____	_____
293.	SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES.....	_____	_____	_____
	PSICOSIS ORGANICAS SIN ESPECIFICAR....	_____	_____	_____
	OTROS TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS NO PSICOTICOS.....	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS.....</u>	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS PSICOTICOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS.....</u>	_____	_____	_____
	PSICOSIS EN DEBIL MENTAL.....	_____	_____	_____
	SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS POR ANSIEDAD.....</u>	_____	_____	_____
309.2I	TRAST. POR ANGUSTIA DE SEPARACION....	_____	_____	_____
313.2I	TRAST. POR EVITACION EN LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA.....	_____	_____	_____
313.00	TRAST. POR ANSIEDAD EXCESIVA.....	_____	_____	_____
313.	PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULI- ARES DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCEN-- CIA (ICD-9).....	_____	_____	_____
300.29	FOBIA ESCOLAR.....	_____	_____	_____
	OTROS.....	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS ADAPTATIVOS.....</u>	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS SOMATIFORMES.....</u>	_____	_____	_____
300. II	TRASTORNO CONVERSIVO.....	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNO DISOCIATIVO.....</u>	_____	_____	_____
	<u>ESPASMO DEL SOLLOZO.....</u>	_____	_____	_____
EJE II.				
	<u>TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO..</u>	_____	_____	_____
315.00	TRAST. DEL DESARROLLO EN LA LECTURA...	_____	_____	_____
315.10	TRAST. DEL DESARROLLO EN EL CALCULO -- ARITMETICO.....	_____	_____	_____
315.3I	TRAST. DEL DESARROLLO EN EL LENGUAJE..	_____	_____	_____
315.39	TRST. DEL DESARROLLO EN LA ARTICULA-- CION.....	_____	_____	_____

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	MASC.	FEM.	TOTAL
315.50	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO, - MIXTO.....	_____	_____	_____
315.90	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO, - SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....</u>	_____	_____	_____
301.50	TRAST. HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD.	_____	_____	_____
301.79	TRAST. ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD..	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____
	<u>EPILEPSIA.....</u>	_____	_____	_____
	GENERALIZADAS.....	_____	_____	_____
345.2	GENERALIZADAS TIPO AUSENCIAS.....	_____	_____	_____
345.3	GENERALIZADAS TIPO TONICO-CLONICAS....	_____	_____	_____
	PARCIALES.....	_____	_____	_____
345.(4)	PARCIALES CON O SIN ALTERACIONES DE LA	_____	_____	_____
(5)	CONCIENCIA.....	_____	_____	_____
345.7	PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	_____	_____	_____
345.6	ESPASMO INFANTIL.....	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____
	NO CLASIFICADOS.....	_____	_____	_____
	NO CORRESPONDEN.....	_____	_____	_____
	CLINICAMENTE SANO.....	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____

ESTADISTICA DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ PARA EL SEXO FEMENINO
DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N NAVARRO"

E.FE I. CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO FEMENINO POR AÑOS.					TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	
	<u>TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA,</u> <u>LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	RETRASO MENTAL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
317.0	RETRASO MENTAL LEVE.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
318.0	RETRASO MENTAL MODERADO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
318.1	RETRASO MENTAL GRAVE.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
318.2	RETRASO MENTAL PROFUNDO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
319.0	RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
314.01	CON HIPERACTIVIDAD.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
314.00	SIN HIPERACTIVIDAD.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
314.80	DE TIPO RESIDUAL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	TRASTORNO DE CONDUCTA.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
312.00	INFRASOCIALIZADO, AGRESIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
312.10	INFRASOCIALIZADO, NO AGRESIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
312.23	SOCIALIZADO, AGRESIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
312.21	SOCIALIZADO, NO AGRESIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
312.90	SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO FEMENINO POR AÑOS.						TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	
	OTROS TRAST. DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.31	TRAST. REACTIVO DE LA VINCULACION EN - LA INFANCIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.22	TRAST. ESQUIZOIDE DE LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.23	MUTISMO ELECTIVO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.81	NEGATIVISMO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.82	TRASTORNO DE IDENTIDAD.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA..	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.10	ANOREXIA NERVOSA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.51	BULIMIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.52	PICA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.53	TRAST. POR RUMIACION EN LA INFANCIA...	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.50	TRAST. ATIPICO DE LA CONDUCTA ALIMENT. TRASTORNOS POR MOVIMIENTOS ESTEREOTIPA DOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.21	TRAST. POR TICS TRANSITORIOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.22	TRAST. POR TICS MOTORES CRONICOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.23	TRASTORNO DE LA TOURETTE.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.20	TRASTORNO POR TICS ATIPICOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.30	TRAST. POR MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS ATIPICOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	OTROS TRASTORNOS CON MANIFESTACIONES - SOMATICAS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO FEMENINO POR AÑOS.						TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	15-19	
307.00	TARTAMUDEO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
307.60	ENURESIS FUNCIONAL.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
307.70	ENCOPRESIS FUNCIONAL.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
307.46	TRASTORNO POR SONAMBULISMO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
307.49	TRAST. POR TERRORES DURANTE EL SUEÑO..	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
307.90 ⁶	OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO...	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
299.0	AUTISMO INFANTIL.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
299.9	TRAST. PROFUNDO DEL DESARROLLO DE INI- CIO INFANTIL.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
299.8	ATIPIICOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	<u>TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS.....</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
303	ALCOHOLISMO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
304	DEPENDENCIA A LAS DROGAS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	<u>TRASTORNOS AFECTIVOS.....</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
296.5	DEPRESION (SINDROME).....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	<u>TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS.....</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
292.	PSICOSIS INDUCIDAS POR DROGAS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
293.	SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	PSICOSIS ORGANICAS SIN ESPECIFICAR....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	OTROS TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS NO PSICOTIICOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	
	<u>PSICOSIS AFECTIVAS.....</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO FEMENINO POR AÑOS.						TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	
295.	<u>TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	<u>TRASTORNOS PSICOTICOS NO CLASIFICADOS</u> <u>EN OTROS APARTADOS</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	PSICOSIS EN DEBIL MENTAL.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	SIN ESPECIFICAR.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	<u>TRASTORNOS POR ANSIEDAD</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
309.2I	TRAST. POR ANGUSTIA DE SEPARACION.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.2I	TRAST. POR EVITACION EN LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.00	TRAST. POR ANSIEDAD EXCESIVA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.	PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIA- RES DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCEN- CIA (ICD-9).....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
300.29	FOBIA ESCOLAR.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	OTROS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	<u>TRASTORNOS ADAPTATIVOS</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	<u>TRASTORNOS SOMATIFORMES</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
300.II	TRASTORNO CONVERSIVO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	<u>TRASTORNO DISOCIATIVO</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	<u>ESPASMO DEL SOLLOZO</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	TOTAL.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
EJE II								
	<u>TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO</u>	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
315.00,	TRAST. DEL DESARROLLO EN LA LECTURA...	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO FEMENINO POR AÑOS.					TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	
315.10	TRAST. DEL DESARROLLO EN EL CALCULO -- ARITMETICO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.31	TRAST. DEL DESARROLLO EN EL LENGUAJE..	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.39	TRASTORNO DEL DESARROLLO EN LA ARTICU- LACION.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.50	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO, - MIXTO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.90*	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO, - SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
301.50	TRAST. HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD.	_____	_____	_____	_____	_____	_____
301.79	TRAST. ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD..	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>EPILEPSIA.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	GENERALIZADAS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.2	GENERALIZADAS TIPO AUSENCIAS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.3	GENERALIZADAS TIPO TONICO-CLONICAS... PARCIALES.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.(4)	PARCIALES CON O SIN ALTERACIONES DE LA	_____	_____	_____	_____	_____	_____
(5)	CONCIENCIA.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.7	PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.6	ESPASMOS INFANTILES.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	TOTAL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO FEMENINO POR AÑOS.						TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	
	NO CLASIFICADOS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	NO CORRESPONDEN.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	CLINICAMENTE SANO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

ESTADÍSTICA DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ PARA EL SEXO MASCULINO
DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL "JUAN N NAVARRO"

EJF I.

CODIGO	NCMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO MASCULINO POR AÑOS					TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	
	<u>TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA,</u>						
	<u>LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	RETRASO MENTAL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I7.0	RETRASO MENTAL LEVE.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I8.0	RETRASO MENTAL MODERADO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I8.1	RETRASO MENTAL GRAVE.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I8.2	RETRASO MENTAL PROFUNDO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I9.0	RETRASO MENTAL SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I4.0I	CON HIPERACTIVIDAD.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I4.00	SIN HIPERACTIVIDAD.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I4.80	DE TIPO RESIDUAL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	TRASTORNO DE CONDUCTA.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I2.00	INFRASOCIALIZADO, AGRESIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I2.10	INFRASOCIALIZADO, NO AGRESIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I2.23	SOCIALIZADO, AGRESIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I2.2I	SOCIALIZADO, NO AGRESIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3I2.90	SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO MASCULINO POR AÑOS						TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	
	OTROS TRAST. DE LA INFANCIA, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.31	TRAST. REACTIVO DE LA VINCULACION EN - LA INFANCIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.22	TRAST. ESQUIZOIDE DE LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.23	MUTISMO ELECTIVO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.81	NEGATIVISMO.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
313.82	TRAST. DE IDENTIDAD.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTICIA.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.10	ANOREXIA NERVOSA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.51	BULIMIA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.52	PICA.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.53	TRAST. POR RUMIACION EN LA INFANCIA...	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.50	TRAST. ATIPICO DE LA CONDUCTA ALIMENT..	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	TRASTORNOS POR MOVIMIENTOS ESTEREOTI-- PADOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.21	TRAST. POR TICS TRANSITORIOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.22	TRAST. POR TICS MOTORES CRONICOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.23	TRASTORNO DE LA TOURETTE.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.20	TRASTORNO POR TICS ATIPICOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
307.30	TRAST. POR MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS ATIPICOS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
	OTROS TRASTORNOS CON MANIFESTACIONES - SOMATICAS.....	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO MASCULINO POR AÑOS.					TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	
307.00	TARTAMUDEO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
307.60	ENURESIS FUNCIONAL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
307.70	ENCOPRESIS FUNCIONAL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
307.46	TRASTORNO POR SONAMBULISMO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
307.49	TRAST. POR TERRORES DURANTE EL SUEÑO..	_____	_____	_____	_____	_____	_____
307.90	OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	TRASTORNOS PROFUNDOS DEL DESARROLLO...	_____	_____	_____	_____	_____	_____
299.0	AUTISMO INFANTIL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
299.9	TRAST. PROFUNDO DEL DESARROLLO DE INI- CIO INFANTIL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
299.8	ATIPICOS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
303	ALCOHOLISMO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
304	DEPENDENCIA A LAS DROGAS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS AFECTIVOS.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
296.5	DEPRESION. (SINDROME).....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
292.	PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
293.	SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	PSICOSIS ORGANICAS SIN ESPECIFICAR....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	OTROS TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS NO PSICOTICOS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>PSICOSIS AFECTIVAS.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO MASCULINO					TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	
295.	<u>TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS PSICOTICOS NO CLASIFICADOS</u> <u>EN OTROS APARTADOS</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	PSICOSIS EN DEBIL MENTAL.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS POR ANSIEDAD</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
309.2I	TRAST. POR ANGSTIA DE SEPARACION....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
313.2I	TRAST. POR EVITACION EN LA INFANCIA O LA ADOLESCENCIA.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
313.00	TRAST. POR ANSIEDAD EXCESIVA.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
313.	PERTURBACION DE LAS EMOCIONES PECULIAR- RES DE LA INFANCIA Y DE LA ADOLESCEN- CIA (ICD-9).....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
300.29	FOBIA ESCOLAR.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	OTROS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS ADAPTATIVOS</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS SOMATIFORMES</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
300. II	TRASTORNO CONVERSIVO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNO DISOCIATIVO</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>ESPASMO DEL SOLLOZO</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____
EJE II							
	<u>TRASTORNOS ESPECIFICOS DEL DESARROLLO</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.00	TRAST DEL DESARROLLO EN LA LECTURA....	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CODIGO	NOMBRE DE LA PATOLOGIA	SEXO MASCULINO POR AÑOS						TOTAL
		0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	
315.10	TRAST. DEL DESARROLLO EN EL CALCULO -- ARITMETICO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.31	TRAST. DEL DESARROLLO EN EL LENGUAJE..	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.39	TRASTORNO DEL DESARROLLO EN LA ARTICU- LACION.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.50	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO, - MIXTO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
315.90	TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO, - SIN ESPECIFICAR.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
301.50	TRAST. HISTRIONICO DE LA PERSONALIDAD.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
301.79	TRAST. ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD..	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	<u>EPILEPSIA.....</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	GENERALIZADAS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.2	GENERALIZADAS TIPO AUSENCIAS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.3	GENERALIZADAS TIPO TONICO-CLONICAS....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	PARCIALES.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.(4)	PARCIALES CON O SIN ALTERACIONES DE LA	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
(5)	CONCIENCIA.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.7	PARCIALES SECUNDARIAMENTE GENERALIZADAS	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
345.6	ESPASMOS INFANTILES.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	T O T A L.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CODIGO NOMBRE DE LA PATOLOGIA

SEXO MASCULINO POR AÑOS

	0-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	TOTAL
NO CLASIFICADOS.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
NO CORRESPONDEN.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
CLINICAMENTE SANO.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
T O T A L.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
 T O T A L.....	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

B I B L I O G R A F I A

- 1.- AHEARN FEDERICO Y RIZO CASTELLON SIMEON. Problemas de Salud Mental - despues de una Situación de Desastre, Boletín Oficial Sanitario Panamericano. 85 (1), 1978. 1-13.
- 2.- AHEARN FEDERICO. Ingresos en Servicios de Psiquiatría despues de un desastre natural. Boletín Oficial Sanitario Panamericano, 97(4), 325-335, 1984.
- 3.- AJURIAGUERRA, J. Manual de Psiquiatria Infantil, Problemas Psicopatologicos. Enfermedades Psicomaticas. Cuarta Edición, Masson Editores, México, 1983. 469-474, 733-768.
- 4.- ALONSO FERNANDEZ FCO. Tomo II. Fundamentos de la Psiquiatria Actual. Paidopsiquiatria. Cuarta edicion, Editorial Paz-Montalvo, España 1979, 793-856.
- 5.- ATKINSON, ROLAND. SPARR LANDY, SHEFF ALBERT G. et. DIAGNOSIS OF POSTTRAUMATIC Stress Disorder in Viet Nam Veterans. - Preliminary Findings. American Journal of Psychiatry, 141:5, may 1984, 694-696.
- 6.- ATTACHMENT 1-2, Proyecto de ayuda consejera para las victimas de la inundación. Ayuda que los niños necesitan despues de un desastre. 1981. 259-281.
- 7.- ATTACHMENT 1-4 Reacciones comunes en victimas de inundaciones. 1981.
- 8.- BERMUDEZ GUILLERMO. Ante los desastres, el desarrollo es la mejor -- prevención. Información Científica y Tecnológica, - Vol. 7, No. 111, dic. 1985, 7-10.
- 9.- BERMUDEZ GUILLERMO. La ciudad de México no desapareciera ante ningún -- temblor. Richter (1900-1985). Información Científica y Tecnológica, Vol. 7, No. 110, número especial 19 -- septiembre, 10-15, Nov. 1985.

- 10.- BEVAN WILLIAM. Graduate Education for the Earthquake Generation. - Hum. Dev. 23, 1980, 126-136.
- 11.- BEVERLEY RAPHAEL. Preventive Intervention with the recently Bereaved. *Asch. Gen. Psychiatry*. 34: 1450-1454, 1977.
- 12.- BLAUFORB HERBERT AND LEVINE JULES. Crisis Intervention in an Earthquake Social Work, July 1972, 16-19.
- 13.- BOWLBY. The Nature of the Child's tie to his Mother. *Internacional Journal of Psycho-Analysis*, 1958, 350-373.
- 14.- CARRO LEON JAVIER. El movimiento imprevisible, *Información Científica y Tecnológica*, Vol. 7, No. 110. Número especial 19 de sep., No.v 1985, 18-20.
- 15.- COHEN RAQUEL. Reacciones individuales ante desastres naturales. *Boletín oficial Sanitario Panamericano*, 98 (2), 1985.- 171-179.
- 16.- DE VILLE DE GOYT, DEL CID E Y ROMERO A. El terremoto de Guatemala.- Evaluación epidemiológica de las Operaciones de Socorro. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. - septiembre 1976, 199-215.
- 17.- DE VILLE DE GOYT C. Las enfermedades transmisibles y la vigilancia epidemiológica en situaciones de desastres naturales. *Reseñas Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 89 (4). 1980. 353-359.
- 18.- ELJURE, ELJURE CATALINA; MURDOJ T. ESTHER; OSEQUERA G. MARIBÁ; SOUZA Y MACHORRO MARIO Y VAZQUEZ L.G. ARMANDO. Capacitación en el manejo de situaciones de crisis y desastres. (taller), *Instituto Mexicano de Psiquiatría*, - 1985, 1-55.
- 19.- ERIKSON T. KAIT. Loss of communality at Buffalo Creek. *American Journal of Psychiatry*. 133:3, march 1976, 302-305.

- 20.- ESCOBAR I. JAVIER. RANDOLPH T. EUGENIA, PUENTE GUADALUPE y et Post traumatic vietnam disorder in hispanic-vietnam-veterans. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 171. No. 10, october 1983, serie - 1211, 585-596.
- 21.- EVANS MELLICK MARY. Life change and illness: illness behavior of - males in the recovery period of a natural disaster. Journal of Health and social Behavior 1978, vol. 19, 335-342.
- 22.- FARBEROW AND GORDON. Manual for child health workers in mayor de - sasters. 1981, 1-15.
- 23.- FRASER R. JAMES: APICKA A. DOUGLAS. Handling the emotional response to disaster, The case for american red cross community mental health collaboration. Community Mental Health Journal. Winter 17(4), 1981, 255-264.
- 24.- GONZALEZ EHRLICH ERIKA. La muerte tragedia de la vida, sistema de - protección y establecimiento de la ciudad de -- México frente a desastres, Información Científica y Tecnológica, vol. 7, No. 110, número especial 19 de septiembre, nov. 1985, 47-50.
- 26.- GUERI M. Health implication of the tumace earthquake, colombia 1979. Disasters, 7 (3), 174-179, 1983.
- 27.- HANCOFFE AND al. A program of crisis intervention in the emergency medical setting. American Journal of Psychiatry 131:1, 47-50, 1974.
- 28.- HEFFRAN F. EDWARD. Project out reach: Crisis intervention following natural disaster. Journal of community psychiatry, 1977, vol. 5, 103-111.
- 29.- HOIBERG ANNE AND MC. CAUGHEY BRAIN. The traumatic after affects of colisión al sea. American Journal of Psychiatry. 141 (1), 1984, 70-73.

- 30.- HOROWITZ MERDI. Stress response syndromes character style and dynamic psychotherapy. Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 31, -
dic. 74. 768-781.
- 31.- HOYT F. MICHAEL. AND RAVEN H. BERTRAM. Birth order and the 1971. -
Los Angeles earthquake, Journal of Personality and
and Social Psychology. Vol. 28, No. 11, 123-128, --
1973.
- 32.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Programa de fomento a la sa -
lud: Programe de la Superación de crisis individua-
les, familiares y colectivas. octubre 1985. 55 pp.
- 33.- JACKSON EDGART. Response to earthquake hazard the west coast of Nor-
th America. Environment and Behavior. Vol. 1. 13, -
No. 4, 387-416, July 1981.
- 34.- JAY LIFTON ROBERT AND OLSON ERIC. The human meaning of total disas-
ter. The Buffalo Creek experience. Psychiatry. Vol.
39, 1976. 1-18.
- 35.- JONES DAVID R. Secondary disaster victims: The emotional effects of
recovering and identifying human remains. American
Journal of Psychiatry. 142:3, 303-307, 1985.
- 36.- KALISH RICHARD. Experiences of persons relieved from death. The -
Death and Bereavement. Secan printing. chapter 8.-
1980.
- 37.- KAPLAN HAROLD, FREEDMAN ALFRED AND SADOCK BENJAMIN. Normal child -
development. Normal adolescents development. Com-
prehensive text book of Psychiatry/III. Tomo 2. ter
cera edición. Williams and wilkinks, Baltimort. --
- 38.- KASTENBAUM J. ROBERT. Disaster and the death system. Death, society
and human experience. Second edition, 1980.
- 39.- KINZIC DAVID J. FREDRICKSON: BEN RATH, AND ET. Post-traumatic stress
disorder among survivors of cambodian concentration-
camps. American Journal of Psychiatry, 141:5, 645-650.
may 1984.

- 40.- LEOPOLD ROBERT AND DILLAN HAROLD. Psycho-anatomy of a disaster: A long term study of post-traumatic neuroses in survivor of a marine explosion. The American Journal of Psychiatry. april 1963, 913-921.
- 41.- LEYVA JOSE ANGEL. Predecir es mucho decir. Causa, efectos y suposiciones de los sismos. Información Científica y Tecnológica. Vol. 7, No. 110, número especial 16 de septiembre, 15-18, nov. 1985.
- 42.- LIDZ THEODORE. La persona. Ciclo vital: capitulos V, VI, VII, VIII y IX, editorial Herder, Barcelona, segunda edición, - 1980.
- 43.- MCGONAGLE LAURENCE C. Psychological aspects of disasters. American Journal P.H., vol. 54, No. 4, april 1964, 638-643.
- 44.- Needleman Jacob. The moment at grief. Death and Bereavement. second printing, chapter 10, 1980. 129-145.
- 45.- NEWMAN. Children of disaster: Clinical observations at Buffalo Creek. American Journal Psychiatry. 133:3, 306-312, 1976.
- 46.- OSCOS-ALVARADO ALEJANDRO. Psicología del desastre y teoría de la crisis. Información Científica y Tecnológica. Vol. 7 No. 111, 5-7, dic. 85.
- 47.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD.= Seminario de aspectos administrativos de salud pública en situaciones de desastre. Reseñas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Febrero 1979, 165-169.
- 48.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Estudio retrospectivo del desastre. Reseñas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Septiembre de 1976, 563-564.
- 49.- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Respuestas de la OPS frente a desastres recientes. 1978.

- 50.- RESENDIZ NUÑEZ DANIEL. Los sismos, la investigación y el interes social. Información Científica y Tecnológica. número especial 19 de septiembre, vol. 7, No. 110, 5-7, nov. - 1985.
- 51.- ROMERO B. COBAR RODRIGO. Algunas características epidemiológicas de los desastres en Guatemala. Vol. 2, No. 1, Disasters, - 39-46.
- 52.- ROSENBAUM JERROLD F. The accident victim. Handbook of General Hospital Psychiatry. Chapter 20, 380-391, 1982.
- 53.- SIFNEOS PETER E. Patient management . The Harvard Guide to modern Psychiatry. Chapter 22, 481-491. 1978.
- 54.- SPARR LANDY AND FANKRATZ D. LOREN. Factitious post-traumatic stress - disorder. American Journal Psychiatry. 140 (8), 1016--1019, 1983.
- 55.- STERN GERALD M. From chaos to responsability. American Journal of Psychiatry. 133:3, march 1976, 300-301.
- 56.- TITCHENER JAMES L. AND KAPP FEEDERIC T. Family and character change at Buffalo Creek: Special section: Disaster at Buffalo - Creek. The American Journal of Psychiatry. 133:3, march 1976, 295-299.
- 57.- TONDA JUAN . Las características del temblor. Una ruptura de 20 Km . de longitud. Información Científica y Tecnológica, Vol. 7- No. 110, número especial 19 de septiembre, 7-10, nov. -- 1985.
- 58.- TRAINER PATRICIA AND BOLIN ROBERT. Persisten effects at disasters on dai ly activities: A cross-cultural comparison. Mass. Emer - gencies. 1 (1976), 279-290.
- 59.- VALENCIA C. MARCELO. Reacciones psicológicas ante desastres. Información Científica y Tecnológica. Vol. 7, No. 110, número espe - cial 19 septiembre, Nov. 1985. 50-54.

- 60.- ZARLE THOMAS H. HARTSOUGH M AND OTTINGER R. DONALD. Tornado recovery: The development of a professional, para profesional - response to a disaster. Perdue University, 1974.
- 61.- MORRIS J.H. Survival syndrome. Wall Street Journal. 183 (3), 1974.
- 62.- RANGEL LED. DISCUSSION of the Buffalo Creek disaster: The course of - psychic trauma. American Journal of Psychiatry, 133-3 march 1976, 313-316.
- 63.- SAGRADA BIBLIA. Trad. Pbro. Agustín Magaña-Mendez. Ediciones Paulinas V edición, noviembre de 1979. 5-11.

ESTADISTICA.

- 64.- DANIEL W. WAYNE. Bioestadística. Bases para el análisis de las ciencias de la Salud. Editorial Limusa. Primera edición 1977. Capítulo 10.
- 65.- FLEISS. JOSEPH. Statistical Methods for rates and proportions. Second Edition. Wiley series in probability and Mathematical - Statistics. 1981. p. 23.
- 66.- KERLINGER N. FRED. Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología. Cap. 10, Segunda edición, Editorial Interamericana 1983.
- 67.- SPIEGEL, MURRAY. Estadística. Teoría y 875 problemas resueltos. Capítulo 12, La prueba de Chi-cuadrada. Serie de compendios Scheum. 1973, Pág. 201-218.