

11237
2ej
58



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado
Dirección General de Servicios Médicos del D.D.F.
Dirección de Enseñanza e Investigación
Subdirección de Enseñanza Médica
Departamento de Posgrado
Curso Universitario de Especialización en

PEDIATRIA MEDICA

LAS CINCO PATOLOGIAS PSIQUIATRICAS
MAS FRECUENTES DES ADOLESCENTE
QUE AMERITAN HOSPITALIZACION.

Trabajo de Investigación Clínica

Presenta:

Dr. Rubén Fermín Escobar Rodríguez

para obtener el grado de:

Especialista en Pediatría Médica

Director de Tesis:

DR. JOSE LUIS AGUILAR GARZA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1988.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS.....	14
RESULTADOS	16
DISCUSION	32
CONCLUSIONES	38
RESUMEN	42
REFERENCIAS	43

INTRODUCCION.

Se realiza una investigación para conocer cuales son las patologías psiquiátricas mas frecuentes del adolescente que ameritan internamiento y los factores que influyen en su presentación y evolución. Intentando generar un conocimiento de estas alteraciones al médico pediatra para su detección temprana y tratamiento oportuno, pues se sabe que muchas de estas patologías mediante un tratamiento oportuno, permite al individuo rehabilitarse e incorporarse a la sociedad evitando el deterioro mental y consecuentemente el confinamiento a un pabellón de enfermos crónicos.

También se pretende evitar que el papel del médico continúe siendo el de simple espectador dentro de las alteraciones psiquiátricas, como ha sido a través de los años, dejando el papel principal en la detección de estas alteraciones en manos de maestros, padres de familia, trabajadoras sociales, psicólogos y psiquiatras.

Mientras el médico pediatra no aplique en forma completa sus conocimientos psicosociales, continuará siendo espectador y ante los constantes progresos -- que experimenta la pediatría, no es posible seguir -- eludiendo esta responsabilidad (10).

Es el pediatra quien se encuentra en una posición ideal para ayudar a sus pacientes con trastornos psicológicos, estableciendo un diagnóstico precoz y dirigiendo los esfuerzos terapéuticos hacia -- los trastornos incipientes o menos graves del desarrollo y adaptación (5). Ya que el desarrollo psiquico se produce a partir del nacimiento y depende de -- la interacción del niño con su medio ambiente. Así -- pues existen posibilidades tanto para las experiencias favorables como para las desfavorables y que -- estas experiencias ejerzan un efecto psicopatológico sobre el niño, depende esencialmente de si ésta ha -- sido capaz de ejercer su dominio sobre ellas (11).

La psicopatología puede ser resultado de una -- experiencia traumática, física o emocional. Puede --

evidenciarse de inmediato o permanecer latente y ponerse de manifiesto solo en circunstancias suficientemente violentas. La educación y el cuidado óptimos por parte de los padres no bastan para prever y evitar -- unos sucesos tan gravemente perturbadores como son la enfermedad física o las lesiones, la pérdida de seres queridos, la separación de personas de nuestro agrado y otros trastornos emocionales (9).

Dada la diversidad de sintomatología inicial y el gran desconocimiento que se tiene de dichas entidades patológicas, se dificulta en forma importante su diagnóstico temprano, sin llegar a establecer un tratamiento oportuno, propiciando el deterioro del paciente en la evolución de estas enfermedades (2).

El saber que este tipo de alteraciones surgen -- desde la infancia y sus manifestaciones se llegan a -- desencadenar hasta la adolescencia, nos lleva a con -- templar la adolescencia como un período conflictivo en el que influyen factores físicos, fisiológicos, biológicos, psicológicos, socioculturales, mediante los --

cuales el adolescente va formando su personalidad -

Es la adolescencia un proceso físico y psicosocial de larga duración y en las sociedades occidentales dura desde la edad de 12 o 13 años hasta los 18 años (14). Es el período de transición entre la infancia y la edad adulta, durante la cual un individuo, emocionalmente inmaduro se acerca a la culminación de su crecimiento físico y mental (2,6).

Mientras en la infancia el individuo comienza a conocer las reglas y formas de comunicación de grupo, sus acciones se dirigen hacia los patrones de conducta aceptados y evita situaciones o actos que puedan ser desaprobados socialmente; en la adolescencia debido a las transformaciones físicas y mentales, el sujeto se enfrenta a diversos problemas de relaciones interpersonales, hecho que repercute en sus actitudes. El sentimiento de incomprensión, la rebeldía, el deseo de abandonar el seno de la familia y la intensidad de las primeras relaciones con el sexo opuesto entre otras manifestacio

nes, demuestran a grosso modo las características-- del complicado pensamiento del adolescente (11).

La incertidumbre al final de este período se-- refleja tanto en la existencia de procesos psicoló-- gicos como en la necesidad de superación de etapas-- sociales, la emancipación del hogar y problemas -- socioeconómicos (1).

En los últimos 20 años ha dominado la idea del período de adolescencia como de crisis y ha sido -- considerado mas recientemente como un período de -- surgimiento de tendencias sexuales y agresivas. La-- maduración social y las oportunidades sociales se -- han combinado para aumentar la posibilidad de expre-- sión de tales hechos (1,9).

Se ha dicho también que un surgimiento de los -- conflictos del período preedípico y edípico centra-- dos en la relación del niño con sus padres ha aumen-- tado la inestabilidad de la estructura psíquica del--
- adolescente (1,3).

Los factores biológicos e intrapsíquicos junto a las demandas culturales por éxitos sociales, académicos y por la manifestación de una vocación clara, se ha añadido a la existente tensión en este estado de la vida (6,7).

Estudios recientes sobre la población adolescente de ambos sexos han proporcionado un concepto -- menos provisto de dificultades y tiende a creerse -- actualmente que la noción de confusión en este período posee implicaciones psiquiátricas (5,11).

Jean Piaget y otros investigadores han indicado que es en el período de adolescencia cuando se alcanza el estado final del desarrollo de los razonamientos abstractos y de la capacidad de pensamiento de tipo simbólico y lógico. Junto a esto se opera en el individuo un progresivo desarrollo de los pensamientos de tipo moral (7).

Estudios recientes señalan que son erróneas las nociones tradicionales que sitúan la capacidad de discernimiento entre el bien y el mal, elaborada en-

este período de una manera latente. También se al-
canza en la adolescencia junto al desarrollo físico
y emocional, la maduración del pensamiento de tipo-
moral y cognocitivo. Solamente llega entonces el in-
dividuo a su máxima capacidad de discernimiento de-
tipo moral y la formulación de principios abstrac-
tos basados en nociones de justicia de los que deri-
van las principales guías éticas para conducirse --
(6). No todos los adolescentes alcanzan a estructu-
rar su fuerza moral y/o cognocitiva completas, --
mientras algunos logran su integridad cuando ya son
adultos, otros no lo consiguen nunca.

Los estudios mencionados anteriormente mues- --
tran que el adolescente se encuentra sometido a --
períodos de ansiedad y depresión. La ansiedad puede
ser generada tanto por problemas escolares como por
sucesos sociales y frecuentemente indica un aumento
de la actividad del adolescente por llevar a cabo --
actividades productivas.

Un adolescente que presente síntomas sugesti -
vos de trastorno emocional requiere de muchos cuida
dos y un exámen completo. Entre los signos que re -
quieren atención figuran: el repentino fracaso en -
los estudios, la elección de nuevos compañeros desa
probados por los padres, la evidencia casi exclusi-
va de actividades fuera de casa, cambios súbitos en
los hábitos del sujeto, desaparición de dinero o de
objetos de valor de la casa, aislamiento, ensimisma
miento y vagancia, inestabilidad emocional, abando-
no de metas y proyectos, etc. sobre todo cuando - -
tales hechos parecen acompañarse de un conflicto en
el seno de la familia. Esto último puede acontecer-
no solo en el adolescente sino entre ambos padres -
(10, 9).

Quando tales signos se manifiesten, es bueno -
que el médico tenga un buen grado de sospecha de --
grave enfermedad subyacente que precise un trata- -
miento psiquiátrico (7).

Masterson señaló (1968) al estudiar el problema de los adolescentes: "Se cree que el adolescente sintomático solo de forma temporal en el curso de su proceso de crecimiento atraviesa momentos difíciles, esto no es sin embargo el simple fruto del crecimiento y del desarrollo, sino en ocasiones los primeros síntomas de una grave enfermedad psiquiátrica". También que muchos de sus pacientes tenían una larga historia psiquiátrica que empezó en la infancia y que solo de manera temporal mostró sus manifestaciones en el período de adolescencia (1,6,9).

Hasta el presente pocos han sido, los estudios de prevalencia de los trastornos de la infancia y adolescencia. El informe Underwood (1955) estimó que entre el 5 y 11% de la población escolar requería atención psiquiátrica en alguna etapa, aunque también se menciona que muchos de los problemas de la niñez y en menor grado de la adolescencia que son motivo de consulta por padres preocupados, maeg

tros y otros, no son sino variedades del desarrollo. Pero también son ejemplos comunes los problemas - - emocionales y conductuales que ocurren con asociación de alteraciones cardíacas, diabetes, grados menores de parálisis cerebral y otras incapacidades - físicas y cualquier forma de anomalía congénita que cause deformidad ó una apariencia fuera de lo común. Es mas factible que adolescentes con alguna alteración patológica sean mas susceptibles de sucumbir a los eventos ambientales desfavorables y expresen su incomodidad con problemas de conducta (2,4).

Para hacer el diagnóstico acertado de un trastorno emocional de cualquier naturaleza, el médico - debe ser capaz de identificar las características - positivas de dicho trastorno, incluyendo ciertas - - constelaciones de signos y síntomas y su historia - natural (10).

Sabemos que las patologías psicosociales son - frecuentes en nuestro medio, la mayoría de ellas - -

con inicio en la infancia debido a la influencia — de diversos factores y que debido a un mal diagnósg— tico y consecuentemente un manejo inadecuado, — — — llegan a manifestarse hasta la adolescencia, donde aún si dichas alteraciones no se manifiestan en — — grado extremo para ser detectadas, Pasan desapercibid— das tanto para el médico general como para el méd— dico pediatra, ocasionando con ello empobrecimiento del pronóstico, cronicidad en la evolución y en ocas— siones daño irreversible, no solo para el paciente, sino para el seno familiar, propiciando el desequil— librio del mismo. Peor aun si la detección se une — a un diagnóstico mal estructurado ocasionando confin— namiento innecesario y por tiempo indefinido en alg— guna institución psiquiátrica que termine con las — probabilidades de recuperación del paciente.

"La atención institucional prolongada e inapropiada puede producir distorsiones en el desarrollo de la personalidad" (Stone, 1970).

En la actualidad como se ha mencionado anteriormente, el pediatra es meramente espectador ante tales situaciones, relegando la responsabilidad en la detección de estas entidades a maestros, padres de familia, trabajadoras sociales y especialistas en la materia. Es por ello que urge que el médico pediatra incluya en su grupo de pacientes al adolescente, conjuntamente con toda la gama de alteraciones que ello implica. Para esto es fundamental la aplicación efectiva de los principios psicológicos y el conocimiento de los mismos, mientras el médico no practique en forma continua estos conocimientos seguirá teniendo una conducta expectativa ante la problemática de las enfermedades psiquiátricas, ya que también enfrenta la difícil tarea de determinar cuando, en que momento y en que medida los trastornos de la conducta y adaptación deben ser explorados.

La profundidad con la que se involucre el médico en este tipo de alteraciones, estará determi-

nada por su propio interés, conocimientos y habilidada
des (4,10). Siendo la intención de este trabajo, el --
despertar el interés en el médico pediatra por las --
patologías de la conducta que afectan a nuestros ado-
lescentes.

MATERIAL Y METODOS

Para tener un mejor panorama en cuanto a la inci-
dencia de las patologías psiquiátricas mas frecuentes-
del adolescente, se realiza una revisión de los expe--
dientes del hospital de psiquiátria "Juan N. Nava-
rro", de la S.S.A. de los pabellones C y D que corres--
ponden a la población de adolescentes internados en el
lapso comprendido de 1982 a 1986, resaltando las cinco
patologías mas importantes por la frecuencia en su - -
presentación, denotando los aspectos mas importantes -
de su historia natural. Así como los factores propios-
del huésped y del medio ambiente que en un momento - -
dado contribuyen al establecimiento de la enfermedad.

Se realiza la revisión de 350 expedientes selec-
cionados al azar en busca de las variables que abar--
can huésped y medio ambiente encontrando en la ficha-
de identificación: edad, sexo y escolaridad; En la --
historia clinica: antecedentes perinatales (partos --
distócicos, hipoxia neonatal, etc.) y antecedentes --

personales patológicos relacionados con la enfermedad actual; En la hoja de valoración psiquiátrica diagnóstico de ingreso y egreso; Hoja de estudios de laboratorio y gabinete: Registro electroencefalográfico y finalmente las hojas de trabajo social las cuales informan: medio socioeconómico, número de integrantes de la familia, si es funcional o no, el número que ocupa nuestro paciente en la familia, si hay padre o madre con alteraciones psicosociales (alcoholismo, farmacodependencia, prostitución, etc.).

RESULTADOS

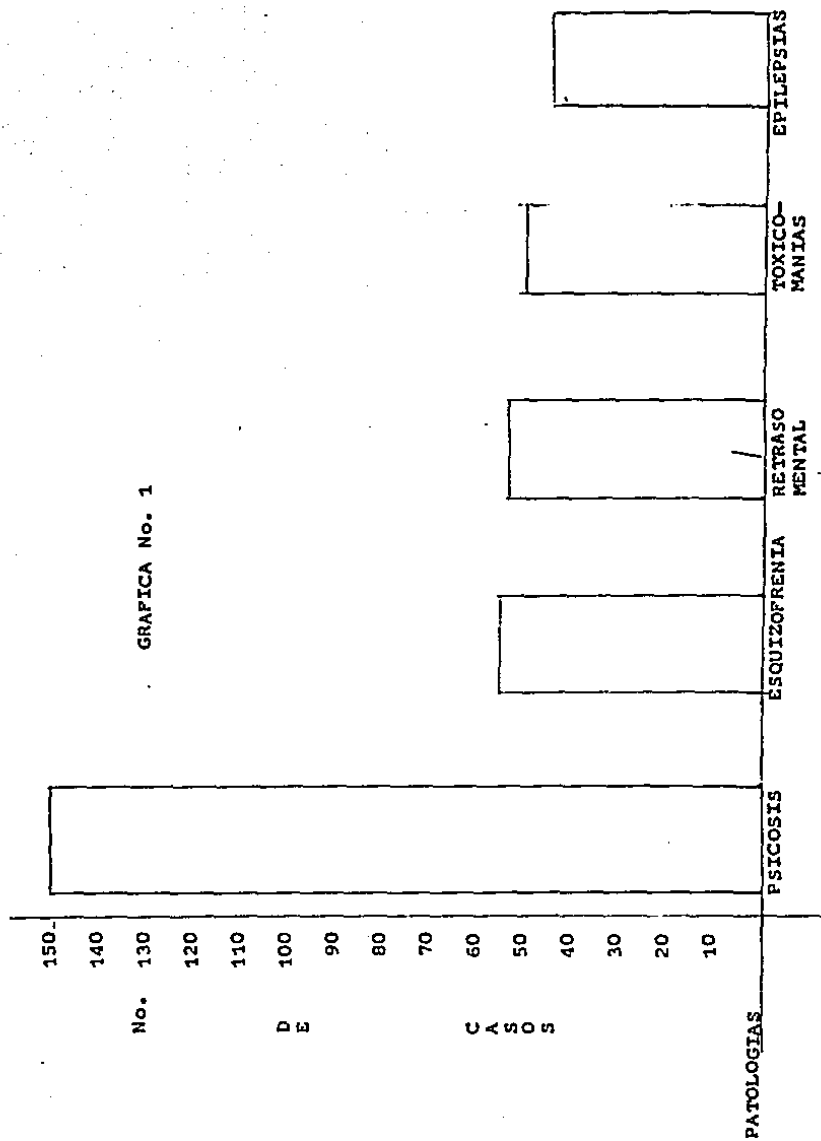
La recopilación de los datos en los expedientes que conforman el universo en estudio, detectaron las cinco patologías más frecuentes del adolescente que ameritaron internamiento, las cuales se muestran en la tabla No. 1 y se representan esquemáticamente en la gráfica 1.

Tabla No. 1 Frecuencia de patologías detectadas.

PATOLOGIA	n	%
Psicosis	151	43.1
Esquizofrenia	54	15.4
Retraso mental	52	15
Toxicomanias	49	14
Epilepsia	44	12.5
TOTAL	350	100

Una vez identificadas las cinco patologías, se agrupan las variables en dos grandes rubros:

Una cobertura general para tratar de captar las-



características comunes aplicables a la mayoría de los casos. Esto es, los factores que en un momento dado pueden influir de manera general al establecimiento de la enfermedad.

Y un análisis particular de cada variable -- con respecto a cada una de la patologías detectadas, para valorar la influencia de cada una de ellas en el establecimiento de la enfermedad.

Las variables cuantitativas sometidas al -- análisis estadístico para conocer los valores centrales y su grado de dispersión se reportan en la tabla No. 2

Las variables cualitativas se agruparon en forma general quedando incluidas las 5 patologías detectadas en las siguientes gráficas.

Sexo.- Se manifiesta el predominio del sexo masculino con 212 casos (60.6%) sobre el femenino con 138 casos (39.4%). Gráfica No. 2.

Tabla No. 2 Valores centrales y grado de dispersión de las variables cuantitativas.

VARIABLES	n'	\bar{X}	d.s.
Edad	12-18	15.5	3.7.
Miembros por familia	2-16	6.8	2.4
Días de Estancia.	3-94	47.8	20.3
Edad en que inician Signos y Síntomas.	6-13	11.0	4.9
No. ocupante en la familia	2 ^o -12 ^o	4.2	1.5

Valores límites.

Grado de escolaridad.- Se reporta la incidencia en grados de primaria (completa e incompleta) y de secundaria (completa e incompleta), así como la escolaridad nula y menos frecuentemente al bachillerato (incompleto).

Tabla No. 3 *

Gráfica No. 2 frecuencia por sexo en la - -
población afectada.

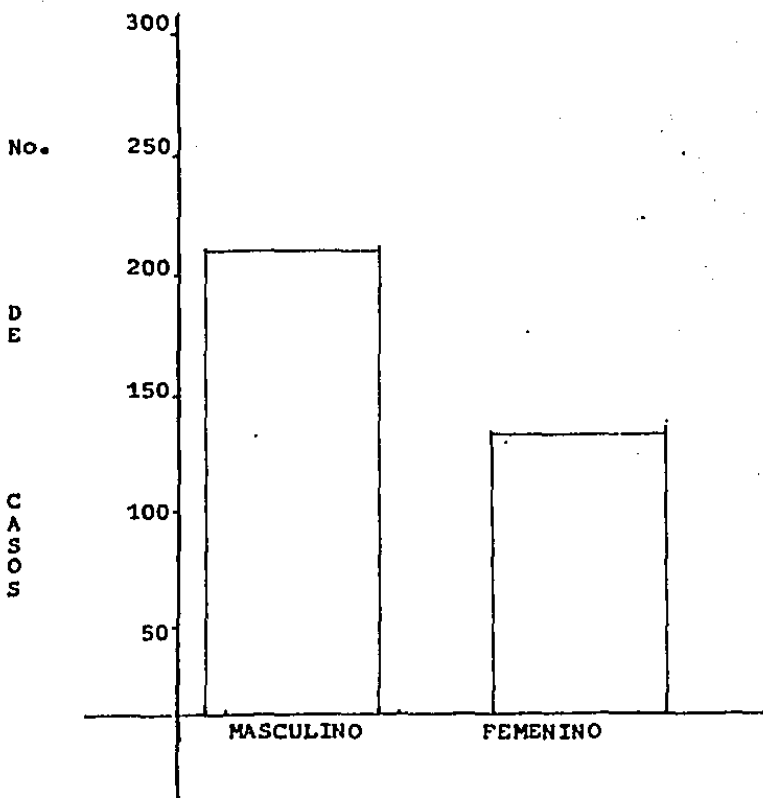


Tabla No. 3 Grados de escolaridad en la población--
estudiada.

ESCOLARIDAD	n	%
Primaria Incompleta	70	20
Primaria Completa	57	16.2
Secundaria Incompleta	96	27.5
Secundaria Completa	33	9.5
Bachillerato Incompleto	07	2.0
Escolaridad Nula	87	24.8
T O T A L	350	100

El nivel socioeconómico.- Con predominio del nivel-bajo en casi todas las patologías (excepción en la-epilepsia) corroborando la observación de que - -- éste es el tipo de población que mas acude a la - - consulta del hospital. Tabla No. 4.

Tabla No. 4 Nivel Socioeconómico. Relación del --
 Nivel socioeconómico al que pertenece --
 la población en estudio en cada de las-
 patologías encontradas.

PATOLOGIAS	n	NIVEL SOCIOECONOMICO	
		MEDIO	BAJO
Psicosis	151	47	104
Esquizofrenia	55	19	36
Retraso Mental	52	22	30
Toxicomanias	48	20	28
Epilepsias	44	29	15
T O T A L	350	137	213

El tipo de familia.- Con franco predominio- -
 de la familia disfuncional con 221 casos y que se -
 manifiesta a todo lo largo del estudio, siendo mino
 ría la familia funcional con 120 casos y solamente-
 9 casos donde se desconocía la dinámica familiar. -
 También dentro de la dinámica de la familia se - --
 contemplaron las alteraciones psiquiátricas que - -
 conllevan a los padres a sostener la disfunción fa-
 miliar Tabla No. 5.

Tabla No. 5 Incidencia de alteraciones psiquiátricas en los padres que favorecen la disfunción familiar.

ALTERACIONES	n	%
Alcoholismo	166	59
Agresividad	85	30
Farmacodependencia	19	6.6
Prostitución	12	4.4
T O T A L	282	100

En cuanto a las variables de: sexo; nivel socioeconómico; estudio electroencefalográfico; dinámica familiar y antecedentes perinatales, aplicados en cada una de las patologías encontradas fueron:

Psicosis.- Predominio del sexo femenino con 81 casos y en los varones con 70 casos. En cuanto al nivel socioeconómico: bajo con 104 casos y medio con 47 casos. Electroencefalograma con 15 casos anormales (disritmias en ondas alfa) y 136 normales

La dinámica familiar con 46 familias funcionales y 105 disfuncionales. Finalmente los antecedentes perinatales con 104 casos normales y 7 casos anormales (5 fortuitos; 2 forceps) con 40 casos que desconocian estos antecedentes. Tabla No. 6.

Esquizofrenia.- Predomina el sexo masculino con 43 casos y el femenino con 12 casos; El nivel socioeconómico bajo con 36 casos y medio con 19 casos; El electroencefalograma normal en 49 casos y anormal en 6 casos anormales (reportados solo como disritmias y ondas bipolares), correspondiendo a este apartado los pacientes crónicos o con algún problema agregado (toxicomanías); La Dinámica Familiar continúa mostrando predominio de la disfunción familiar con 41 casos y en cambio la funcionalidad de la misma reporta solo 13 casos. Los antecedentes perinatales en esta entidad reportan 34 casos normales, ignorados en 13 casos siendo esto referido por los familiares y en una minoría (3 casos) por care

cer de familiares. Solo 8 casos fueron anormales --
quedando enmarcados en esta entidad 3 partos por --
forceps y 5 partos fortuitos. Tabla No. 6.

Tabla No. 6 Relación de la Incidencia de cada una--
de las patologías estudiadas con el --
sexo y la dinámica familiar.

PATOLOGIA	SEXO		FAMILIA	
	FEMENINO	MASCULINO	FUNC.	DISF.
Psicosis	81	70	46	105
Esquizofrenia	12	43	13	42
Retraso Mental	19	33	12	40
Toxicomanías	6	42	5	43
Epilepsia	19	25	24	20
T O T A L	137	213	100	250

Retraso Mental.- Nuevamente sobresale la in
cidencia en el sexo masculino, con 33 casos y en-
cambio el sexo femenino solo reporto 19 casos; el

medio socioeconómico con mayor incidencia del bajo-
con 30 casos a diferencia del medio con 22 casos; -
el estudio electroencefalográfico reporta 22 casos-
con normalidad o al menos sin trazo patológico y --
30 casos reportados anormales (descargas caracterís-
ticas bilaterales, sincrónicas y simétricas de onda
rápida); siendo en su mas alta incidencia el retar-
do mental profundo el que causó internamiento, pos-
teriormente el retardo mental grave y finalmente el
retardo mental moderado. Tabla No. 7

Tabla No. 7 Frecuencia de acuerdo a sexo con el --
tipo de retardo mental encontrado.

TIPO DE RETARDO MENTAL	No. DE CASOS	MASC.	FEM.
Moderado	5	4	2
Grave	22	11	9
Profundo	25	18	8
T O T A L	52	33	19

medio socioeconómico con mayor incidencia del bajo- con 30 casos a diferencia del medio con 22 casos; - el estudio electroencefalográfico reporta 22 casos- con normalidad o al menos sin trazo patológico y -- 30 casos reportados anormales (descargas caracterís- ticas bilaterales, sincrónicas y simétricas de onda rápida); siendo en su mas alta incidencia el retar- do mental profundo el que causó internamiento, pos- teriormente el retardo mental grave y finalmente el retardo mental moderado. Tabla No. 7

Tabla No. 7 Frecuencia de acuerdo a sexo con el -- tipo de retardo mental encontrado.

TIPO DE RETARDO MENTAL	No. DE CASOS	MASC.	FEM.
Moderado	5	4	2
Grave	22	11	9
Profundo	25	18	8
T O T A L	52	33	19

La dinámica familiar es evidente con 40 casos de disfunción familiar y solo 12 familias funcionales; considerandose esta entidad nosologica como causa de la disfunción y no como consecuencia de ésta, siendo casi siempre el padre el causante de esta situación Tabla No. 8.

Tabla No. 8 Incidencia de la disfuncionalidad familiar causada por alguno de los padres.

CAUSA	No. DE CASOS	%
Madre Soltera	67	19.6
Madre Abandonada	80	22.6
Padre Soltero	3	0.8
Padre/Madre	190	54.2
Se Ignora	10	2.8
T O T A L	350	100

En cuanto a los antecedentes perinatales, predominan los partos anormales con 25 casos y

solo 8 normales siendo la frecuencia los partos - -
fortuitos (7 casos) hipoxia neonatal que requirio -
manejo intrahospitalario (6 casos), partos por - --
forceps (5 casos) y partos desconocidos (34 casos) y
de los cuales 15 casos reportaron normalidad (o al-
menos detectaron el retardo en etapas posteriores -
al periodo neonatal). Tabla No. 9.

Tabla No. 9 Frecuencia de partos distocicos en la-
población afectada por retardo mental.

TIPO DE PARTO	n	%
Fortuitos	7	13.5
Hipoxia Neonatal	6	11.5
Aplicación de Forceps	5	9.7
Se Ignora	34	65.3
T O T A L	52	100

Toxicomanias.- Donde se manifiesta el predomi-
nio en los varones con 42 casos y solo 6 casos --
en las mujeres y en relación a nivel socioeconómico

bajo, se reportan 28 casos de medio socioeconómico-bajo, por 20 casos del nivel medio; El estudio de electroencefalografía 47 casos son normales y solo uno anormal, siendo en este caso la toxicidad crónica con solventes donde se detectó tal parámetro; -- Nuevamente la disfuncionalidad familiar con 43 -- casos y con 5 familias funcionales. Nuevamente los antecedentes perinatales son en su mayoría normales con 40 casos, ignorándose en 5 casos y solo 3 antecedentes anormales (partos fortuitos) Y la incidencia de tóxicos de acuerdo al nivel escolar se reportan en la tabla No. 10.

Epilepsia.- También refieren predominio del sexo masculino en cuanto a incidencia, con 25 casos detectados y en las mujeres con 19 casos en el nivel socioeconómico bajo con 15 casos y predominio del medio socioeconómico medio; El estudio electroencefalográfico reporta 34 casos con alteraciones cerebrales (descargas paroxísticas bilaterales, uni

Tabla No. 10 Relaciona la incidencia de tóxicos en la población escolar y la frecuencia de estos.

FARMACO	n	ESCOLARIDAD		
		PRIMARIA	SECUNDARIA	NULA
Solventes	15	1	4	10
Marihuana	10	0	5	5
Barbituricos	4	0	3	1
Multiples	20	3	8	9
T O T A L	49	4	20	25

laterales o descargas de onda-aguda, onda-lenta), y sin alteraciones en 10 casos; También la dinámica familiar se invierte, reportando 24 familias funcionales y 20 disfuncionales. Los antecedentes perinatales con 20 casos normales, se ignoran 9 y anormales 15 casos, no estableciendo si había afectación del cociente intelectual. De los 15 casos anormales 3 correspondieron a parto prolongado, 5 a parto for

tuito, 3 por forceps y 4 desconocidos.

Cabe señalar que el factor hereditario no se comprobó en el presente estudio en ninguna de las patologías detectadas, en unas ocasiones por omisión en el expediente (en su mayoría) y en otras por negación de los familiares, quedando solo registrado en las graficas generales el antecedente de alteraciones psiquiátricas en los padres que de alguna manera contribuyeron a la disociación familiar.

DISCUSION

Son muchos los autores que hablan sobre la ado-lescencia como un periodo de cambios continuos, de -- variaciones en la conducta del individuo, condicionados por un lado por su propio crecimiento y desarro-- llo y por otro por el medio ambiente. Es esta etapa -- donde se va integrando la personalidad, la identifi-- cación con el medio que le rodea y es éste medio el -- que gran influencia tiene en la instalación de las -- enfermedades psiquiátricas que afectan al adolescente

También son pocos los autores que se han deteniido a analizar las características de este medio y su influencia en el adolescente para transformar lo que -- comunmente se le conoce como "variaciones del desarro -- llo", en alteraciones de la conducta que ameriten -- atención por parte de personal especializado y hospiti -- talización. En nuestro estudio se detectan cinco pato -- logías principalmente, y de las cuales cuatro son in -- fluenciadas directamente por el medio ambiente y que --

por orden de frecuencia son: Psicosis, Esquizofrenia-retraso mental y toxicomanías.

Analizando cada una de las variables que se consideraron importantes por su repercusión en la población estudiada tenemos:

Sexo: Mayor incidencia en el sexo masculino, siendo factor importante en este resultado la idiosincrasia de nuestra sociedad, pues es común que el varón sea incorporado a edades tempranas a los retos de la vida, aun cuando su formación no se ha completado, no así la mujer a quien se le retiene por más tiempo en el seno familiar.

La edad promedio afectada fué de 15 años o al menos la edad que presentaba una sintomatología suficientemente clara para realizar el diagnóstico, pues se registra como promedio de edad de inicio de signos y síntomas a los 11 años, esto es, antes de iniciar la adolescencia y en quienes se va desarrollando la enfermedad, sin recibir la atención adecuada, pues son los padres o los maestros quienes notan los

cambios incipientes en la conducta y es hasta que -- las alteraciones afectan a terceros o influyen en el ambiente que le rodea, para que se busque una solu -- ción, cuando en la evolución de la historia natural -- de la enfermedad, ésta ya ha causado estragos en la -- personalidad del individuo.

En cuanto a escolaridad en la población adoles-
cente internada, se detectó alto índice de primaria -
y de secundaria inconclusas, como consecuencia de las
alteraciones estudiadas, ya que los pacientes que ma-
nifiestaban alteraciones graves de la conducta sufrie-
ron el rechazo por parte de las instituciones educa -
cionales, reafirmandose con esto que son los maestros
elementos importantes en el diagnóstico de estas alte-
raciones.

Por otro lado y en forma importante es el nivel
socioeconómico el que mas influye en el abandono de -
los estudios, pues es la necesidad económica lo que -
obliga a trabajar desde edades tempranas al individuo
en formación, corroborando también con ello que es el

hombre el que mas precozmente se enfrenta a las vicisitudes de la vida.

Es en todas y cada una de estas alteraciones en que el medio socioeconómico bajo tiene predominancia, justificado por un lado por que en la institución -- donde se realizó el estudio, atiende a personas de -- escasos recursos principalmente. Pero también es -- importante realzar que es este medio el que mas agresiones recibe, siendo fiel reflejo de ello las alteraciones en el seno familiar, donde la disfunción familiar es el rasgo característico. En el registro de -- las disfunciones de la familia se encuentran "hogares" integrados por madres abandonadas (80 casos) y por madres solteras (67 casos) y que cuentan con los padres en 190 casos; como factores que influyen en la presentación o establecimiento de la disfunción familiar se encontró primeramente el alcoholismo paterno y las -- agresiones de padres contra hijos, calificando estas alteraciones como afectaciones con fondo psiquiátrico que tarde o temprano influyen para la desestabiliza--

ción emocional del adolescente . La farmacodependencia y prostitución son factores que influyen poco , pero aparecen interviniendo en la disfunción familiar. También es importante señalar que la disfunción familiar no es en todos los casos responsable directa de las alteraciones psiquiátricas detectadas (psicosis, esquizofrenias y toxicomanías), sino en ocasiones está condicionada por las mismas patologías (epilepsia y retraso mental)..

Finalmente las variables aplicadas a cada patología en forma particular fueron: estudio electroencefalográfico y antecedentes perinatales, de los cuales solo en las alteraciones consideradas con daño orgánico (retraso mental y epilepsias) manifestaron alteraciones en el voltaje y frecuencia de las ondas del E.E.G. lo que corrobora la alteración orgánica primaria y el factor psiquiátrico como consecuencia.

En cuanto a los factores perinatales la mayoría fueron desconocidos y solo en las alteraciones

orgánicas se registran incidencia representativa - -
(en las epilepsias de 44 adolescentes, 20 tenían --
antecedente perinatales anormales y en retardo men--
tal los valores son poco alentadores, ya que la mayo--
ría se ignoraron y los que se registraron fueron - -
patológicos).

En las alteraciones consideradas como "no orgál
nicas" los antecedentes perinatales y estudio de - -
E.E.G. no tuvieron mayor significado.

CONCLUSIONES

Con la intención de haber despertado el interés del médico pediatra en cuanto a las alteraciones-
psiquiátricas que afectan al adolescente, pero sin --
pretender haber agotado el tema o realizado un trabajo
ejemplar, pienso que los hechos aquí presentados --
se dirigen a las siguientes conclusiones:

- 1.- La edad del individuo y su caracterología, --
así como la influencia del medio ambiente --
son determinantes en el establecimiento de --
la enfermedad.
- 2.- No hay por el momento métodos diagnósticos-
definitivos para detectar el cambio patoló-
gico en las variaciones del desarrollo del-
individuo. El diagnóstico es por el momento
principalmente clínico.
- 3.- El diagnóstico médico en este tipo de alte-
raciones es fundamental, pues mientras mas-
temprano se realice, se evita la cronicidad

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

mejorando el pronóstico del paciente.

- 4.- La disfunción familiar puede ser el deto --
nante en el desarrollo de la enfermedad y --
a su vez puede ser también una consecuencia
- 5.- Si se habla de pobreza y su patología en --
general en nuestro estudio se manifiesta es
ta situación, lo que va de la mano con la --
cronicidad de los problemas.
- 6.- Las alteraciones psiquiátricas de los pa --
dres influyen de manera directa en el desa --
rrollo de estas alteraciones en los adoles --
centes.
- 7.- No hay por el momento factores determinan --
tes en los antecedentes perinatales que --
influyan en el desarrollo de las alteracio --
nes de la conducta, a excepción de las patolo --
gias orgánicas (epilepsia y retardo men --
tal).
- 8.- Las alteraciones psiquiátricas que amerita --

ron internamiento en la población adoles--
cente estudiada fueron detectadas en su --
totalidad por familiares principalmente, -
en otros casos por maestros y personal - -
especializado (psiquiatras, psicólogos), -
En ninguna se menciona la intervención del
médico pediatra o general.

9.- Considerando la adolescencia como una eta--
pa transicional, conflictiva donde el in--
dividuo aún no integra completamente su --
personalidad, rodeado de un ambiente cada--
vez mas agresivo y con períodos de ansie--
dad y depresión constantes, es frecuente -
que las variaciones del desarrollo tien--
dan a desviarse cada vez mas hacia el te--
rreno de lo patológico.

10.- Finalmente cabe reflexionar un poco: De --
las 5 patologías detectadas, al menos 3 --
tienen la característica de haber sido ad--
quiridas; hasta que punto es la sociedad -

con todas sus libertades y prohibiciones -
la responsable directa en el estableci- -
miento de esta patologías.

RESUMEN

En la revisión efectuada de 350 expedientes -- del hospital de psiquiatría infantil "Juan N. Navarro" de 1982 a 1986, se localizan las 5 patologías psiquiátricas más frecuentes del adolescente que ameritan internamiento. Se resaltan los factores que influyen en su presentación y evolución, tanto del agente como -- del medio ambiente.

Por orden de frecuencia se encuentran: Las -- psicosis con 151 casos; segundo lugar la esquizofre--nia con 54 casos; tercer lugar el retraso mental con 52 casos; cuarto lugar las toxicomanías con 49 casos-- y de las cuales las 4 principales en nuestro medio -- son: (Alcohol siempre como complemento de las demás -- toxicomanías), solventes, marihuana y finalmente la -- intoxicación con barbitúricos. Por último las epilep--nias con 44 casos. Los elementos del medio ambiente -- que se detectaron como fundamentales para el estable--cimiento de la enfermedad son: medio socioeconómico -- bajo y disfunción familiar.

REFERENCIAS.

- 1.- Kanner, Leo. *Psiquiatría Infantil*. 3a. Ed. Buenos Aires. Ed. Siglo XX. 1972. 234-56
- 2.- Stone, FH. *Psiquiatría para el Pediatra*. Escocia Edit. La Prensa Médica Mexicana. 1976. 61-88
- 3.- Nágera, PH. *Educación y Desarrollo emocional del niño*. Michigan U.S.A. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1986.
- 4.- Foncerrada, Adicción a estupefacientes En: Valenzuela, RH. *Manual de Pediatría* . 10a. Ed. México. Ed. Interamericana. 1985. 651-54
- 5.- Dunn, J M; Settlege, C F. *Trastornos Psicológicos* En: Nelson; Vaughan; McKay. *Tratado de Pediatría* 7a. Filadelfia U.S.A. Ed. Salvat. 1981 78-101
- 6.- Masterson, JF. *The Psychiatric significance Of adolescent turmoil*. Am. J. Psychiat. 1968 1: (3): 184-96
- 7.- Ajuriaquerria, J de. *Manual de psiquiatría Infantil*. 4a. edición. Paris Ed. Masson 1980 938-967

- 8.- Friedman, RC; Clarkin, JF; Corn, R; Aronoff, MS; Hurt, SW; Murphy, MC. DSM-III and affective pathology in hospitalized adolescent. J. Nerv. - - Ment. Dis. 1982 (3): 107-24
- 9.- Craig, RT; Deblasse, RR. Adolescent. San Diego - Cal. U.S.A. Ed. Little, Brown and Co. 1985.
- 10.- Hughes, MC; Brown, DS. Psychiatri in Pediatric practice. En: Johnn, WG; Thomas, EC. Ed. Manual - - of Pediatric Therapeutics. 2a. Ed. Boston - - Little, Brown and. Co. 1980. 159-76.
- 11.- Boletín de la Sociedad de pediatría del ISSSTE - A.C. Perspectivas del adolescente. México. Ed.- Armstrong 1986. (3):3-6.
- 12.- Asociación americana de psiquiatría. 'DSM-III - - Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos mentales. 3a. ed. Barcelona. Ed. Masson - 1984. 42-203.
- 13.- Epilepsia en niños. Programa prioritario de Epilepsia Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, S.S. México. 1986 7-73

- 14.- Kramer, RA. Toxicomanías en la adolescencia En:
Nelson; Vaughan; McKny. Tratado de Pediatría -
7a. Filadelfia U.S.A. Ed. Salvat. 1981. 109-14

- 15.- Jaffe, Jh. Dragadicción y abuso de Drogas. En:
Goodman y Guilman. Las Bases Farmacológicas de
la terapeutica. 6a. Ed. U.S.A. Ed. Panamericana-
na. 1981. 23: 534-73