

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO -ISSSTE'**

**UNIDAD ACADEMICA
C.M.F. Dr. IGNACIO CHAVEZ**

**DETECCION TEMPRANA DE TRASTORNOS DE SALUD MENTAL EN
ATENCIÓN PRIMARIA**

Construcción, validación de contenido y piloteo de una prueba para la detección temprana de trastornos de salud mental en niños de 6 a 12 años en el Primer Nivel de Atención

**TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA
OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN:**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Claudia Lorena Martínez Higueros.

Número de Registro: 254-2006



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 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 DE CONTENIDOS

1. Marco teórico	8
1.1. Antecedentes	8
1.2. Planteamiento del problema	27
1.3. Justificación	28
1.4. Objetivos	29
1.5. Hipótesis	29
2. Material y Métodos	30
2.1. Tipo de estudio	30
2.2. Diseño	30
2.3. Población	30
2.4. Muestra	30
2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	31
2.6. Variables	32
2.7. Definición conceptual y operativa de las variables	36
2.8. Instrumento de recolección de datos	42
2.9. Método de recolección de datos	50
2.10. Control de sesgos	50
2.11. Procedimientos estadístico	51
2.12. Cronograma	51
2.13. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	51
2.14. Consideraciones éticas	52
3. Resultados	53
4. Discusión de resultados	57
5. Conclusiones	60
6. Referencias	61
7. Anexos	65

RESUMEN

Palabras clave: salud mental, atención primaria, validez de contenido, detección temprana.

Objetivo: El objetivo principal del estudio fue el diseño, validación de contenido y piloteo de un Cuestionario para la detección temprana de trastornos de salud mental en niños de 6 a 12 años, a ser aplicada e interpretada por médicos no especialistas en Psiquiatría Infantil en centros de Atención Primaria en Salud.

Material y Método: Se diseñó el "*Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años*", el cual se integro por 120 ítems para 21 trastornos. Se siguieron los criterios establecidos en el Manual Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE-10). En una primera fase se realizó la validación de contenido de la prueba través de jueces.

En la segunda fase se realizó el piloteo de la prueba entre 150 padres de niños de 6 a 12 años.

Se aplicó análisis de frecuencias para determinar el porcentaje de acuerdo entre jueces estableciendo un límite inferior aceptable del 85%.

Se determinó la claridad de las preguntas y de la escala de respuesta, para lo que se utilizó como criterio que fueran comprendidas por al menos el 95% de los padres. Se estimó además el tiempo promedio de aplicación de la prueba.

Resultados y Conclusiones: en la primera fase se eliminaron 34 preguntas (ver anexos tabla 1). Como resultado se obtuvo una prueba de 85 ítems de los 120 originales. Tres de los trastornos fueron eliminados de la prueba (ver anexo tabla 4). La escala de respuestas se redujo a 4 opciones debido que una de ellas era confusa. En la segunda fase se eliminaron 4 preguntas, dando como resultado una prueba final que consta de 81 ítems. La escala de respuesta no tuvo modificaciones y el tiempo promedio de aplicación fue de 30 minutos.

En una etapa posterior se deberá realizar la validación de constructo de la prueba, así como determinar la sensibilidad, especificidad, puntos de corte y confiabilidad de la misma.

SUMMARY

Key words: mental health, primary care, validity, early diagnosis.

Objectives: To design, content validity and testing of the questionnaire for early detection of mental health disorders in 6-12 year children, to be used and analyzed by general practitioners at primary care health centers.

Method: It was designing the questionnaire which was composed by 120 items for 21 disorders according to Disease Statistical Manual (DSM-IV) and International Diseases Classification (CIE-10). During a first stage it was determined the content validity through judges.

During a second stage the questionnaire was tested among parents and tutors to determine the understanding of the items and answer scale. It was estimated the average time to answer the questionnaire. It was analyzed through frequency analyzing, with an acceptable rate of at least 85% of agreement between judges and 95% of understanding between parents.

Results and conclusions: During the first stage there were 34 eliminated items which results in a 85-item questionnaire. Three of the disorders were eliminated as well. The response scale was modified to 4 options.

During the second stage 4 items were eliminated. The final questionnaire contains 81 items. The response scale remained unchangeable and the average time required to answer the questionnaire was 30 minutes.

It is suggested that in a further stage be analyzed the construct validity, in addition to determine the sensitivity, reliability and score scale of the questionnaire.

1. Marco teórico

1.1. Antecedentes

La Salud Mental constituye una área de vital importancia dentro el campo de la Salud Pública, a pesar de lo cual ha sido por mucho tiempo relegada dentro de las políticas de salud y la práctica médica en general. (28,12,35)

Al igual que el campo de la salud en general, el área de Salud Mental afronta múltiples obstáculos dentro de los que se mencionan: la carencia de recursos materiales y humanos, espacios inapropiados e insuficientes para el desarrollo del trabajo, deficiencia en la continuidad de la atención, entre los principales. Aunado a lo anterior, otras barreras la aquejan de manera importante, tales como: el estigma, temor, desconocimiento, entre otras, que determinan en gran medida, la búsqueda tardía de atención y las complicaciones individuales y colectivas de los trastornos de salud mental a largo plazo. (13, 15)

En el contexto epidemiológico, los trastornos de salud mental se encuentran entre los más graves y costosos debido a su alta prevalencia, cronicidad, temprana edad de aparición y la grave discapacidad resultante. Por lo que debieran ser considerados de igual trascendencia que cualquier otro trastorno crónico, para la salud. (5)

Las estimaciones de la prevalencia han mostrado grandes variaciones, desde una prevalencia a lo largo de la vida de más del 40% para cualquier trastorno de salud mental en los Países Bajos y los Estados Unidos hasta niveles del 20% en México y 12% en Turquía. (7,8) La comparación de las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida y de prevalencia reciente (en los últimos 12 meses) muestran que los trastornos mentales a menudo son crónicos, aunque la cronicidad es siempre más alta en los trastornos de ansiedad que en los trastornos del estado de ánimo o los relacionados con el uso de sustancias. Los informes retrospectivos sugieren que los trastornos mentales típicamente tienen una edad temprana de aparición y persistencia a lo largo de la vida, con medianas estimadas de aparición a los 15 años para los trastornos de ansiedad, 26 años para los trastornos del estado de ánimo y 21 años para los relacionados con el uso de sustancias. Se estima que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, seguidos por el abuso de sustancias. Aunque debe tomarse en cuenta que, las declaraciones retrospectivas sobre la edad de aparición son cuestionables, por el alto riesgo de fallos de memoria. En análisis más detenidos de los casos se ha demostrado que los trastornos de aparición temprana (durante la infancia o la adolescencia), son los más graves y persistentes, sin embargo son los que reciben tratamiento más tardío.

La información publicada sobre problemas de abuso de sustancias y otras cuestiones delicadas como el aborto, la conducta delictiva y la homosexualidad, indica que estos últimos son sumamente sensibles a variaciones del contexto y la manera de formular las preguntas, por lo que la frecuencia comunicada en encuestas epidemiológicas debería considerarse como una estimación del límite inferior, más que un reflejo preciso de la verdadera prevalencia en la población. (35)

No se ha encontrado correlación entre los trastornos de salud mental y el nivel socioeconómico (ingresos, nivel de instrucción y empleo), sin embargo se observa, en algunos casos, una relación inversa. Así las tasas más altas de la mayoría de los trastornos se dan entre las personas de nivel socioeconómico bajo y con respecto al sexo, se observa una prevalencia significativamente mayor entre las mujeres que entre los hombres. Otro aspecto, es que las tasas suelen ser más bajas entre personas casadas que entre las solteras ⁽¹⁹⁾

Los estudios epidemiológicos descriptivos, llevados a cabo por los organismos internacionales de salud pública, han sido de utilidad entre otras cosas para determinar la magnitud y trascendencia de los trastornos no tratados; así como también para identificar los obstáculos que dificultan el acceso al tratamiento. Ello con el fin de planificar cambios en las actividades de detección y tratamiento. El primero de estos estudios fue el Estudio de Resultados Médicos ⁽³⁵⁾, que investigó una serie de enfermedades crónicas, incluida la depresión y reveló que esta última se encuentra asociada, en muy diversas esferas de la vida, a niveles de discapacidad funcional equiparables, si no superiores, a los que se observan en pacientes con trastornos orgánicos como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Artritis, etc. Otras encuestas epidemiológicas recientes han demostrado las repercusiones negativas en múltiples esferas de la calidad de vida de los pacientes afectados. La más amplia e influyente de ellas ha sido el Estudio Colaborativo de Atención Primaria, realizado por la Organización Mundial de la Salud, en donde se reportó que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia entre las personas que acuden al los médicos de familia, que se asocian a discapacidades importantes en el desempeño de roles sociales y que la mayoría de ellos pasan desapercibidos para los médicos de Atención Primaria ^(20,35,28,5). Otro dato importante, fue que la ocurrencia de trastornos de salud mental no detectados y tratados, asociados a trastornos orgánicos crónicos, complican el manejo y pronóstico de los pacientes afectados.

Con base en esta información se han diseñado una serie de programas innovadores con el objetivo de ayudar al personal de atención primaria a detectar y tratar los trastornos mentales. Un importante avance al respecto fué el desarrollo de una entrevista estructurada de diagnóstico conocida como Formulario de Entrevista Diagnóstica (DIS-4), la que, según los estudios metodológicos permite obtener diagnósticos confiables. La primera ampliación de la metodología fue realizada por la Organización Mundial de la Salud, a fin de incluir los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades para las investigaciones y producir versiones del instrumento en varios idiomas. El instrumento resultante, la Entrevista Diagnóstica Internacional Combinada (CIDI), fue publicada por primera vez en 1990. Este instrumento permitió, con el apoyo técnico de la OMS realizar un número sin precedente de importantes encuestas epidemiológicas en países tan distintos como el Brasil, Canadá, Alemania, México, Los Países Bajos y Turquía. La iniciativa de la OMS Salud Mental Mundial 2000 surgida de esas actividades de asistencia técnica, coordinó la realización de encuestas CIDI en la población general en 20 países durante el año 2000, distribuyéndolas entre Norteamérica (Canadá, EEUU), América Latina (Brasil, Colombia, México, Perú), Europa (Alemania, Bélgica, España, Francia, Italia, Países Bajos, Ucrania), Oriente Medio (Israel), África (Sudáfrica), Asia (China, India, Japón) y el Pacífico (Indonesia, Nueva Zelanda). ⁽³²⁾

De las anteriores encuestas se han sistematizado algunos resultados importantes que categorizan a los trastornos de salud mental entre las enfermedades crónicas más prevalentes e incapacitantes, con rangos que se acercan al 50% entre la población en general (20,28). Otra conclusión ha sido que los trastornos mentales aparecen generalmente a edades mucho más tempranas que otras enfermedades crónicas, lo que determina la mayor importancia de estos con respecto a sus efectos sobre la calidad de vida de los individuos afectados y el costo del seguimiento para los servicios de salud. Respecto al abordaje y tratamiento solo una pequeña parte de los encuestados que cumplen los criterios que caracterizan un trastorno de salud mental han recibido tratamiento durante el año precedente (35). Las encuestas también revelan que solo una minoría de los pacientes reciben un programa terapéutico mínimamente adecuado en relación con las directrices de tratamiento actuales. (35)

Respecto a las consecuencias sociales, algunos estudios revelan que los trastornos de salud mental tienen un fuerte impacto negativo sobre la capacidad de desempeño de los roles de trabajo incrementándose en una proporción aproximada de 3 a 4 veces, los días de trabajo perdidos a consecuencia de ellos. Al mismo tiempo que se ve afectada la calidad de vida, sobrepasando en mucho el impacto que tienen las enfermedades crónicas comunes. (34, 19)

La evidencia reportada en encuestas epidemiológicas en adultos, de que los trastornos mentales aparecen a edad temprana ha estimulado el interés por investigar el estado de salud mental de los niños y los adolescentes. Sin embargo la información en el campo de la Paidopsiquiatría, especialmente en países en desarrollo, es escasa. (26) Algunos estudios (EEUU) han demostrado que la prevalencia de los trastornos de salud mental es sorprendentemente alta entre la población infantil, afectando en mayor proporción a niños del sexo masculino, a la vez que se asocian frecuentemente, a la presencia de comorbilidad orgánica y/o maltrato infantil. De tal manera, que los hallazgos de estos estudios fundamentan la importancia de las intervenciones centradas en la familia, más que en el niño como individuo enfermo. (6)

Algunas encuestas realizadas en países en desarrollo sugieren prevalencias de psicopatología en niños de 3 – 4% entre niños de 0 a 9 años y del 6- 10% entre niños de 10 a 19 años. En otros estudios también se ha demostrado que la prevalencia aumenta conforme la edad desde un 5% en niños de 3 – 6 años hasta un 10% entre los de 7 a 15 años. Estos hallazgos sugieren una prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia similares a aquellos observados en países industrializados. (26)

Los estudios entre la población infantil, se complican con frecuencia, debido a que los trastornos en la infancia son menos evidentes que en la edad adulta, además de la imposibilidad de entrevistar directamente a niños de corta edad, lo que obliga a recurrir a los padres, profesores o cuidadores como informantes. (22,26)

Por otro lado, existen pocos estudios sistemáticos sobre la detección y el tratamiento precoces de los trastornos que aparecen en la infancia o la adolescencia, así como sobre la utilización de entrevistas clínicas de niños que asisten a los servicios de atención primaria. Demostrándose, además, una baja sensibilidad de las encuestas utilizadas, dando como resultado que entre el 80 y 90% de los problemas de salud mental en niños sean consistentemente perdidos en el primer nivel de atención. De lo anterior se sugiere

que una de las metas primordiales de las investigaciones y de los programas de planificación en salud mental sea **incrementar la sensibilidad de los diagnósticos de los trabajadores de la salud en el Primer Nivel de Atención.** (23) (8) (18)

Lo anterior sugiere la importancia de implementar estrategias como la de: “Atención Primaria en Salud Mental”, haciendo énfasis en la planificación y desarrollo de programas que garanticen la calidad de la atención, se orienten hacia la detección e intervención oportunas, y sean factibles de implementarse en los servicios de Atención Primaria, entre otras características. (15,20,35,36)

Existen enormes retos en este campo, desde que los trastornos de salud mental se consideran una lacra y se prefiere que no trasciendan de la esfera privada.

Entre los asuntos prioritarios a tratar se encuentran: a) Establecer líneas de investigación enfocadas a la promoción de conductas saludables, b) Diseñar instrumentos para la detección de trastornos de salud mental en niños, adolescentes y personas de edad avanzada, c) Crear programas de salud mental dirigidos a poblaciones en riesgo, entre otros.

Finalmente, el abordaje de los problemas de salud mental, constituye un reto tanto para países industrializados como para países en vías de desarrollo. Por lo que debiera sugerirse como parte de la agenda internacional de salud.

Trastorno de salud mental:

Síndrome caracterizado por manifestaciones psicológicas o del comportamiento que causan una alteración clínica significativa, puede aparecer asociado a una discapacidad o riesgo aumentado de sufrir daño, pérdida de libertad o muerte. Este patrón no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular, ej: muerte de un ser querido. (DSM IV)

Atención Primaria en Salud

“Cualquier medida encaminada a mejorar la calidad de vida de los niños debe considerarse parte del campo de la prevención primaria”

La conferencia de la Organización Mundial de la Salud definió la Atención Primaria en salud como: “la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías, prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad”. Representa el primer contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Idealmente la Atención Primaria en salud debe dirigirse hacia la resolución de las necesidades y problemas concretos de cada comunidad que deben ser tratados a partir de las actividades coordinadas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. De acuerdo a su definición conceptual la Atención Primaria en Salud como estrategia se fundamenta en los elementos de: *integralidad, continuidad y accesibilidad.*

(62, 29)

La prevención primaria es al menos una de las vías a través de las cuales se comienza a enfrentar la discrepancia entre necesidades y recursos para la planeación objetiva. Las medidas adoptadas dentro del ámbito de la Atención Primaria en Salud pueden clasificarse en dos grandes categorías: a) aquellas en caminadas a la **prevención** o protección específica contra la enfermedad y b) aquellas dirigidas a la **promoción de la salud**. Las intervenciones de protección específica usualmente requieren profesionales técnicamente entrenados para ello, mientras que las actividades de promoción necesitan un paradigma más educacional. (62)

Para llevar a cabo la prevención se han considerado una serie de intervenciones categorizadas de acuerdo a las distinciones clásicas en Salud Pública: *intervenciones primarias, secundarias y terciarias*.

- a) **Intervención primaria**, se encamina a disminuir la incidencia de un trastorno (prevención de la aparición).
- b) **Intervención secundaria**, dirigida a reducir la prevalencia del trastorno (tratamiento).
- c) **Intervención terciaria**, esfuerzos encaminados a minimizar las secuelas de los trastornos (rehabilitación). (53, 53, 62)

Recientemente, el comité para la prevención de los trastornos mentales publicó un reporte donde clasifica las medidas de prevención en :

Medida Preventiva Universal, aquella que es indicada para cualquier miembro de la población (ej cuidado prenatal, inmunizaciones etc.)

Medida Preventiva Selectiva, esta dirigida a subgrupos de la población que se encuentran en riesgo de una condición particular, cuando el balance entre el riesgo-beneficio y los costos lo justifican (ej visitas domiciliarias, centros de cuidado infantil diurno para hijos de madre en alto riesgo y programas preescolares para niños de escasos recursos). (53, 42)

Garmezzy (cit. 42) ha definido los factores de riesgo como: aquellos factores que cuando están presentes incrementan la posibilidad de que el niño desarrolle un trastorno emocional, comparado con otro niño de la población general que no lo presenta. De manera similar, las enfermedades crónicas y la incapacidad funcional colocan al niño en alto riesgo de padecer trastornos de salud mental.

Con el objetivo de buscar las posibles oportunidades para intervención es necesario conocer las necesidades del niño y de su ambiente familiar, los eventos estresantes, la comunidad en donde vive la familia, las instituciones en las que el niño se desarrolla y establecer la interrelación entre todos estos factores.

Lee robins (1970) describió por primera vez el concepto de cadena causal como aquel a través del cual un evento o situación conduce a otro, ej:

Paternalidad irresponsable → falta de estimulación del lenguaje → retardo en el lenguaje → trastornos del aprendizaje → trastorno de conducta.

Así, la expresión de las enfermedades mentales depende de las interacciones entre un determinado número de factores:

1. Factores de riesgo en el macroambiente del niño.
2. Factores de estrés en el ambiente familiar
3. La vulnerabilidad del niño (factores genéticos)
4. El tiempo y la naturaleza de las experiencias de vida particularmente las estresantes
5. La resiliencia del niño (factores protectores).
6. Factores protectores en el ambiente familiar.
7. Factores protectores en el macroambiente..

En general el objetivo de las intervenciones preventivas es reducir el número de factores de riesgo tanto en el niño como en el ambiente de la familia. A nivel colectivo las intervenciones se dirigen al reconocimiento de grupos de niños en riesgo lo que ayuda a evitar la tipificación individual de los niños como casos y a intervenir en grandes poblaciones con mayor eficiencia. (42, 53)

No todos los factores de riesgo necesitan ser reducidos. Si los factores protectores pueden incrementarse tanto en el niño como en el ambiente paterno y además se puede incrementar las redes de apoyo social, la resiliencia del niño se incrementará como resultado lo que evitará el desarrollo de un trastorno y favorecerá los mecanismos de afrontamiento de crisis a lo largo de su ciclo de vida. Los factores positivos protectores del niño incluyen: temperamento positivo, inteligencia arriba de la media, así como algunos parámetros de competencia social como: logro académico, participación y competencia en actividades extraescolares y habilidad para relacionarse con otros.

Los factores familiares positivos incluyen: soporte, cercanía de los miembros de la familia y el conjunto de reglas familiares funcionales. Entre los factores de la comunidad se incluyen: las relaciones que los niños establecen y las instituciones con las que ellos tienen contacto. (53, 42)

Para explicar la interacción entre los factores de riesgo y los factores protectores, Garmezy (cit. Primary Prevention, 53), ha propuesto 3 modelos:

A. El modelo compensador:

El estrés, los factores de riesgo y la vulnerabilidad del niño se combinan sinérgicamente. Es la suma de los factores de riesgo más que la presencia de un solo factor de riesgo específico lo que daría como resultado el desarrollo de un trastorno. Los factores de riesgo de la infancia parecen magnificarse sinérgicamente cuando existe un ambiente familiar negativo o cuando los niños están sujetos a eventos vitales estresantes.

B. El modelo retador:

Describe una relación curvilínea en la cual el estrés incrementa la competencia cuando este no es excesivo. Experiencias moderadamente retadoras sucesivas fortalecen las capacidades de enfrentamiento.

C. El modelo protector:

Sugiere que los factores protectores modulan o actúan como buffers del impacto de los estresores ej: la capacidad de adaptación, la construcción de competencias, etc.

Los factores que afectan la funcionalidad familiar pueden dividirse en:

- a) factores relacionados con la adversidad familiar, disrupción o estrés.
- b) Factores que interfieren con la relación padre hijo
- c) Factores que interfieren con las prácticas óptimas de paternidad.

Minuchin y cols. demostraron que la organización patológica de la familia alrededor de un síntoma es un mecanismo a través del cuál los miembros de la familia evitan los conflictos personales. Ellos descubrieron que algunas de las familias de los niños que sufrían algún trastorno psicosomático, compartían algunas características estructurales y funcionales tales como: sobreinvolucramiento, sobreprotección, rigidez y una pobre resolución de conflictos, entre otras.

La discordia marital ha sido encontrada persistentemente como predictora de problemas de comportamiento disruptivo en niños, principalmente cuando se combina con depresión

materna. La violencia paterna ha sido encontrada recientemente como factor que predispone a los niños a la utilización de la violencia como medio de resolución de conflictos.

Los factores comunitarios que afectan negativamente a niños y sus familias incluyen el impacto de la pobreza. Las condiciones de bajo ingreso económico de los padres, hacinamiento, vivir en una vivienda subsidiada por el Estado o tener un padre pensionado han demostrado ser también factores de riesgo para el desarrollo de problemas de conducta en niños.

Por otro lado las escuelas también pueden ayudar o retrasar el desarrollo intelectual y social, por lo que pueden representar ambientes favorables o de riesgo para niños y adolescentes.

A pesar de lo anterior, las condiciones ambientales adversas no siempre producen resultados adversos. Es claro que es la combinación de una serie de factores individuales familiares y ambientales lo que predispone a los niños a resultados negativos. Rutter y Qinton (cit. 53) demostraron el efecto exponencial de los factores de riesgo sobre la salud mental del niño. Ellos determinaron que un aumento de 4 veces en la cantidad de estrés en el niño aumentaba 24 veces la posibilidad de padecer un trastorno psiquiátrico en etapas posteriores.

En resumen, el objetivo de las intervenciones realizadas desde la Atención Primaria es reducir el mayor número de factores de riesgo tanto en el niño como en los padres y comunidad con la que el niño tiene contacto. El trabajo con los padres favorece el progreso en el tratamiento del niño así como la paternidad y finalmente la salud mental de la familia como unidad.

A nivel sociopolítico es posible ejercer influencia sobre las políticas de gobierno y la legislación, lo que puede tener impacto en el ambiente en el cual crecen los niños. ***“Una política de salud mental es esencial para coordinar todos los servicios y actividades relacionados con la salud mental. Sin una planificación y política adecuadas, los trastornos de salud mental tenderán a tratarse de manera ineficiente y fragmentada”.***

Evaluación del estado de salud mental

“El objetivo de las clasificaciones son los trastornos que se presentan en las personas y no las personas en sí mismas”

Se han realizado algunas consideraciones con respecto a asignar etiquetas a los niños, debido al estigma social relacionado con las enfermedades mentales y con los trastornos del comportamiento y desarrollo. De acuerdo a esto es siempre importante referirse al trastorno y no al niño como trastorno. (DSM-IV)

Un sistema de clasificación diagnóstica cumple tres propósitos generales (DSM-IV):

- a) Aporta un lenguaje común a todos los profesionales de la salud para su efectiva comunicación de unos a otros. Por lo que favorece un acuerdo general entre los profesionales y proporciona una forma resumida de describir las entidades.
- b) Permite evaluar la historia natural de un trastorno determinado, definir sus características y desarrollar un tratamiento eficaz, así como diferenciarlo de otros trastornos similares.

c) Desarrolla la comprensión de la etiología de los diversos trastornos mentales. La clasificación nos permite utilizar la información con propósitos de comunicación, predicción y explicación.

Actualmente en el campo de la psiquiatría infantil y del adolescente, los sistemas de clasificación tienen un rol trascendente en facilitar la comunicación para ambos: clínicos e investigadores.

Clínicos e investigadores pueden ponerse de acuerdo en los aspectos que caracterizan cada trastorno. Por otro lado, como toda construcción humana, los esquemas de clasificación pueden ser mal usados o abusarse de ellos. Es importante aclarar que no existe una forma correcta y absoluta de clasificar los trastornos en la niñez.

Un sistema de clasificación debe ser aplicable a un amplio rango de etapas del desarrollo, debe ser comprensible y lógicamente consistente. Las consideraciones con respecto al desarrollo asumen una importancia crucial en el desarrollo de los esquemas de clasificación, debido a que algunos trastornos se originan en un periodo específico del desarrollo.^(1, 42, 53)

Este enfoque desde el proceso de desarrollo se aplica al estudio de cualquier trastorno. La utilización de instrumentos de evaluación estandarizados, basados en las etapas del desarrollo, tales como los tests de inteligencia, o habilidades de la comunicación, son claros ejemplos de ello.

En algunas situaciones y poblaciones, las variables contextuales tales como: la familia, escuela, o grupo cultural constituyen las mayores complicaciones para la aplicación de cualquier sistema de diagnóstico. Las diferencias culturales también afectan los conceptos diagnósticos en la práctica. Evidentemente algunos factores socioculturales están asociados con ciertos tipos de problemas (por ejemplo: las condiciones económicas adversas se encuentran directamente relacionadas con trastornos de conducta o de la atención)

Las clasificaciones oficiales de los trastornos mentales empezaron a utilizarse en Estados Unidos en 1840, antes de lo cual se utilizaba el único término de “locura” para categorizar las enfermedades mentales. Los dos sistemas de clasificación mundialmente utilizados han sido el propuesto por la Organización Mundial de la Salud y el de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud emitió la revisión de los trastornos mentales en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE- 6). En 1952, la Asociación Americana de Psiquiatría propone por primera vez una categorización diagnóstica de los trastornos mentales que hasta ese momento iban surgiendo como objeto de estudio y edita el Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (DSM). A partir de lo cual se han hecho múltiples revisiones periódicas a cada una de las clasificaciones.

El impacto de este Manual fue considerable para clínicos e investigadores en salud mental. Se realizó una nueva revisión del Manual en 1989 (DSM – IV), de la que se dispone actualmente como criterio internacional.

Diagnostic Statistical Manual: Mental Disorders DSM-IV

Características Generales

Criterios Diagnósticos:

Una de las características más importantes es su visión generalmente descriptiva, de la definición de los trastornos mentales. Se desconoce la etiología de la

mayoría de los trastornos por lo que en esta clasificación los trastornos mentales se definen sin hacer referencia a sus teorías etiológicas.

Las categorías diagnósticas se ordenaron de forma jerárquica para evitar el error de subclasificar diagnósticos que comparten síntomas pero que pertenecen a una jerarquía superior o inferior respectivamente. Las jerarquías siguen en general dos principios:

Los trastornos debidos a enfermedad médica o inducidos por sustancias tienen prioridad de diagnóstico sobre cualquier otro trastorno que pueda producir los mismos síntomas.

Solo se diagnostica el trastorno con efectos más globales si se satisfacen sus criterios diagnósticos.

El concepto básico de un sistema de evaluación multiaxial es que en cada persona se evalúan varios dominios diferentes de información que se consideran de elevado valor clínico. El uso de un sistema multiaxial asegura que se preste atención a ciertos tipos de trastornos, a aspectos ambientales y a áreas de funcionamiento que podrían pasar por alto si el enfoque estuviera centrado en la valoración de un problema individual existente. El sistema multiaxial del DSM-IV consta de 5 ejes, todos los trastornos mentales están incluidos en los dos primeros ejes: el Eje I lleva por título "Trastornos Clínicos y Otros Problemas que pueden ser objeto de atención clínica" dentro del cual se incluye una sección denominada "Trastornos de Relación", en esta última se incluyen los problemas de relación asociados a un trastorno mental o a una enfermedad médica, problemas paternofiliales, problemas de pareja, problemas de relación entre hermanos y problemas de relación no especificados en otros apartados.

El Eje II se titula: "Trastornos de la Personalidad y Retraso Mental". En muchos casos existen trastornos tanto en el Eje I como en el Eje II, en tales situaciones todos los diagnósticos deberían ser codificados.

El Eje III sirve para indicar todas las enfermedades médicas concomitantes que el clínico considere potencialmente relevantes para la comprensión o el tratamiento del caso. En algunos casos queda claro que la enfermedad médica es la etiología directa del desarrollo o del empeoramiento del trastorno mental. En otros casos, una enfermedad médica puede no parecer etiológica, pero sí ser importante en el manejo global del caso.

En ocasiones, la enfermedad médica tiene una implicación importante en el pronóstico y en el tratamiento del trastorno mental como por ejemplo cuando existen dos trastornos, un trastorno depresivo mayor y una arritmia, en el que la elección del tratamiento farmacológico depende de esta enfermedad médica.

El Eje IV sirve para indicar los problemas psicosociales y ambientales que puedan afectar al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico de los trastornos mentales. La lista de categorías de problemas consideradas en el Eje IV incluye problemas con el grupo de apoyo primario, problemas relacionados con el entorno social, el acceso inadecuado a los servicios de salud, problemas relacionados con el sistema legal y problemas educativos, profesionales, de vivienda, económicos y otros problemas psicosociales. En general solo deberían ser puntuados los problemas presentes en el año previo a la evaluación. Cuando un problema psicosocial o ambiental constituye el foco primario de atención clínica, debe ser recogido en el Eje I con su código correspondiente de la sección denominada "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica".

La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del Eje V, resume la actividad psicológica, social y profesional en un continuo salud-enfermedad mental. Las puntuaciones obtenidas en la EEAG se refieren a la actividad presente (en el momento de la evaluación) y generalmente reflejan la necesidad de tratamiento o cuidado.

El DSM IV incluye categorías estandarizadas de información con el objetivo de ofrecer una descripción completa de los rasgos característicos de los distintos trastornos:

características diagnósticas, características y trastornos asociados, síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo, prevalencia e incidencia, factores predisponentes, curso, complicaciones, patrón familiar y diagnóstico diferencial.

Además en el DSM IV se añadieron tres aspectos innovadores:

Se añadió al texto de la mayor parte de trastornos, una nueva sección que describe rasgos culturales específicos.

Se añadieron descripciones de algunos síndromes relacionados con la cultura, como categorías no especificadas en otros apartados.

Se añadió un apéndice que proporciona una guía para la formulación cultural y un glosario de síndromes relacionados con la cultura.

En los últimos años la investigación psiquiátrica se ha visto notablemente facilitada por la evolución que han experimentado los criterios diagnósticos específicos y por la implantación de entrevistas diagnósticas estructuradas ceñidas a estos criterios. Tales entrevistas presentan muchas ventajas; aumentan la fiabilidad con que se realizan los diagnósticos, facilitan el registro de los síntomas específicos que están presentes o ausentes y permiten establecer diagnósticos psiquiátricos fiables incluso a clínicos relativamente inexpertos.

Existen algunos aspectos básicos para valorar la utilidad de las clasificaciones, pruebas o procedimientos diagnósticos, a saber: validez, confiabilidad, sensibilidad, especificidad y poder predictivo.

Clasificación Internacional de la Enfermedades CIE-10

La clasificación internacional de las enfermedades ha sufrido numerosas revisiones desde su primera edición como: Clasificación Internacional de Causas de Muerte, creada por primera vez por el Instituto Internacional de Estadística en París en 1893. Un programa internacional patrocinado por la Organización Mundial de la Salud desarrolló una clasificación aceptable para los trastornos mentales la cual apareció publicada dentro de la octava edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades en 1968. Lo cual representó, evidentemente, un compromiso para su posterior revisión. Se planificó un estudio longitudinal de 10 años, empleando talleres de trabajo, así como seminarios extensos para evaluar la funcionalidad de este sistema de clasificación en varias áreas de diagnóstico psiquiátrico, incluyendo los trastornos psiquiátricos en la infancia. Un importante resultado de esta esfuerzo fue el *Sistema Multiaxial* para la clasificación de los trastornos psiquiátricos en la infancia, cuya confiabilidad y utilidad clínica fueron evaluadas en estudios de campo, mostrando buenos resultados. La CIE- 10, es la última de la serie de revisiones de 10 años, en ella se han incluido modificaciones mínimas que no han alterado el sistema en general.

La construcción del capítulo de trastornos psiquiátricos en la CIE- 10, se basó en un amplio estudio de campo que fue conducido en 39 países con la participación de 711 clínicos quienes realizaron un número aproximado de 15,000 valoraciones. Los objetivos del estudio fueron conocer la aplicabilidad de los diagnósticos psiquiátricos en diferentes países, la facilidad de utilización del sistema y el nivel de confiabilidad inter-observador cuando el sistema es aplicado por los clínicos para realizar diagnósticos en diferentes contextos. La CIE -10 en general resultó ser de fácil aplicación y las descripciones diagnósticas mostraron una buena concordancia en las diferentes

condiciones de los países participantes alrededor del mundo. La confiabilidad interobservador fue satisfactoria para la mayoría de los diagnósticos.

Instrumentos para la valoración del estado de salud mental:

El uso de instrumentos estandarizados de evaluación psiquiátrica en Estados Unidos se inició en 1961 con la escala del estado mental (Mental Status Schedule). Desde entonces se ha desarrollado un elevado número de entrevistas estandarizadas para la evaluación psiquiátrica, sin embargo, la mayoría de estas entrevistas estandarizadas dan puntuaciones en una o más dimensiones de síntomas, pero no en un diagnóstico psiquiátrico concreto. Las entrevistas estandarizadas diseñadas específicamente para cubrir un amplio abanico de los principales diagnósticos psiquiátricos representan uno de los avances más recientes.

El enfoque multivariado para las escalas de diagnóstico ofrece múltiples ventajas, especialmente para valorar el comportamiento. Este enfoque propone la utilización de escalas de opción múltiple (nunca, algunas veces, siempre) en lugar de el uso de escalas dicotómicas (sí/no) para la valoración de los síntomas específicos de cada diagnóstico. Muchas escalas de valoración, cuestionarios o listas de cotejo adecuadas para padres, pacientes o maestros pueden utilizar esta escala de valoración multivariada. Varias técnicas estadísticas deben ser utilizadas como el análisis factorial para auxiliar a los clínicos en la correcta categorización de los diagnósticos.

Características estadísticas de los instrumentos

Validez

La validez de un instrumento reside en el grado en que este cumple los múltiples propósitos para los que fue establecido.

En Psiquiatría se aplican cuatro tipos principales de validez diagnóstica:

- A. validez aparente
- B. validez descriptiva
- C. validez predictiva
- D. validez de constructo

La validez aparente (de contenido) es la adecuación del contenido de la prueba (ítems) para medir lo que se pretende medir. Que tan representativas son las preguntas de una prueba con respecto al universo de todas las preguntas que podrían hacerse sobre el tema.

La validez descriptiva es el grado en que los rasgos definitorios de una categoría diagnóstica son exclusivos de dicha categoría.

La validez predictiva se refiere a la capacidad de la prueba para predecir la historia natural y la respuesta al tratamiento de un sujeto con dicho trastorno.

La validez de constructo se refiere al grado en que a través de la prueba se pueden conocer los factores etiológicos y determinantes de los trastornos. Es decir es grado en el que el instrumento mide el concepto abstracto que se investiga.

La validez de procedimiento (criterio) es el carácter pragmático, establece la relación entre el instrumento y algún otro criterio. El instrumento es válido si sus resultados presentan una alta correlación con otro criterio.

Un requisito de este procedimiento es la disponibilidad de un criterio razonablemente confiable y válido (estándar de oro) con el que puedan compararse las mediciones realizadas con el instrumento que se busca validar.

Confiabilidad

La confiabilidad de una prueba se expresa en términos de concordancia entre los diagnósticos identificados por la prueba en dos mediciones independientes. Una prueba confiable es aquella en la que diferentes entrevistadores, pueden llegar al mismo diagnóstico en el mismo paciente.

Para ello existen diferentes métodos: a) método conjunto b) método test-retest.

Al igual que en toda comprobación de hipótesis la validez y confiabilidad de un instrumento no se prueban, solo se sustentan en un mayor o menor grado de evidencia y constituyen los dos aspectos más importantes a considerar cuando se evalúa un instrumento de medición.

Otros atributos de importancia estadística para la valoración de un instrumento o procedimiento son: la sensibilidad, especificidad y poder predictivo. Para ello es necesario el análisis comparado del instrumento que se pretende evaluar contra otro existente que se considera confiable y válido (estándar de oro).

La sensibilidad de un procedimiento diagnóstico se conoce como el porcentaje de casos verdaderos que diagnostica correctamente como afectos del trastorno (tasa de verdaderos positivos).

La especificidad es el porcentaje de casos que identifica correctamente como no afectos del trastorno (tasa de verdaderos negativos).

El poder predictivo de un test es el porcentaje total de casos en que el test coincide con el estándar, es decir, el número total de casos en que ambos test coinciden en la presencia del diagnóstico más el número de casos en que ambos test indican la no presencia del diagnóstico, dividido entre el número total de casos.

El poder predictivo de un test puede dividirse en poder predictivo positivo y poder predictivo negativo. El poder predictivo total de un test es el equivalente a la concordancia global.

Principales instrumentos

El Examen del Estado Actual (PSE), la más antigua de las entrevistas estructuradas, fue desarrollado en 1967 (John Wing), se centra en síntomas que han aparecido durante el último mes. La última versión de esta entrevista, el PSE 10 ha sido incorporada en un nuevo sistema conocido como Escalas para la evaluación clínica en neuropsiquiatría.

Escala para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS), 1978. Se ha utilizado ampliamente en varios

países para realizar diagnósticos con arreglo a lo anteriormente descritos en los criterios de Feighner (Research Diagnostic Criteria- RDC-).

El clínico realiza los diagnósticos siguiendo la entrevista y consultando los RDC. Consta de 6 miniescalas de seis puntos para la mayoría de los síntomas.

Se han desarrollado diversas versiones de la SADS, como la SADS-L (versión Lifetime), que se utiliza en sujetos de la comunidad y en familiares de pacientes y la SADS-LAr (versión Lifetime revisada específicamente para los trastornos de ansiedad) que se centra en una detallada anamnesis de los síntomas de ansiedad.

Cuestionario de Entrevista Diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule –DIS-) fue diseñada exclusivamente para que la utilizara personal no médico y para facilitar la detección sistemática de un elevado número de sujetos de una comunidad.

La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview –CIDI-) 1988. Patrocinada por la Organización Mundial de la Salud y la U.S. Alcohol, Drug and Mental Health Administration, es una revisión y extensión del DIS y fue elaborada para estudios epidemiológicos transculturales internacionales y para estudios comparativos de psicopatología. Los diagnósticos se realizan mediante un algoritmo informático con arreglo a los criterios DSM III, DSM III R y CIE 10.

Entrevista Clínica Estructurada para el DSM IV (Structural Clinical Interview for DSM IV, SCID) fue diseñada para permitir a los clínicos reunir la información apropiada para efectuar diagnósticos en los Ejes I y II del DSM IV.

Evaluación de Los Trastornos Mentales en Asistencia Primaria (Primary Care Evaluation of Mental Disorders, PRIME-MD.)

Constituye un instrumento de evaluación diagnóstica estructurado, diseñado para los clínicos e investigadores del área de asistencia primaria y también potencialmente útil para médicos e investigadores de la salud mental. La PRIME-AD valora el estado de ánimo, la ansiedad, el alcoholismo y los trastornos somatomorfos (los cuatro grupos de trastornos mentales más habituales en la población general y en el ámbito de la asistencia primaria).

La PRIME-MD tiene dos componentes: *el Cuestionario para el paciente (Patient Questionnaire, PQ)* una página donde el paciente debe contestar antes de realizar la entrevista con el clínico y *la Guía de Evaluación Clínica (Clinician Evaluation Guide, CEG)* de 12 páginas, una entrevista estructurada con la que el clínico suele guiarse para profundizar en las preguntas del PQ que el paciente ha contestado de forma positiva. El PQ consta de 26 preguntas sí/no relacionadas con los síntomas presentes durante el último mes, divididas en la 5 áreas diagnósticas mencionadas, más una pregunta que concierne al estado general del paciente. Las respuestas del paciente en el PQ indican al clínico cuál de los cinco módulos de la CEG debe utilizarse. Mediante el uso de la CEG, el clínico determina la presencia o la ausencia en el momento actual de 18 posibles trastornos mentales pertenecientes a las cinco grandes áreas, interrogando al paciente sobre cuestiones específicas basadas en los criterios diagnósticos contenidos en el DSM-IV (a menudo simplificados para su uso en asistencia primaria). Los resultados diagnósticos finales se registran en una hoja de resumen que puede incluirse en la historia del paciente. La PRIME-MD permitió diagnosticar por primera vez un trastorno mental en pacientes ya conocidos por sus propios médicos.

Sin embargo, aunque la PRIME-MD ha resultado precisa y eficaz en algunos estudios, muchos profesionales la consideran demasiado extensa para utilizarla en los habitualmente colapsados consultorios de asistencia primaria. Por ello en la actualidad se está desarrollando una versión en autorregistro de la PRIME-MD.

La inteligencia habitualmente se mide con pruebas estándar como:

- A. **Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS)**
- B. **Escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, WISC-R) para niños de 6 a 16 años.**
- C. **El CI revisado de Stanford –Binet (Stanford-Binet IQ Revised) para niños de 2 a 18 años.**
- D. **Escalas de desarrollo mental de Bayley (Bayley Scales of Mental Development) para niños de 2 meses a 2.5 años.**

Se están desarrollando protocolos de pruebas especiales para lactantes. Las principales limitaciones de estos métodos son las variaciones culturales en el significado de las preguntas y en la realización de las pruebas, las diferencias de lenguaje y comunicación entre los distintos individuos, la falta de respuesta a las pruebas estándar, los peligros de emplear una construcción rígida de la inteligencia que enmascare los puntos fuertes individuales y la confianza excesiva en los resultados de las pruebas para planificar la educación.

Incluso el concepto de inteligencia puede cuestionarse, dadas las amplias variedades de cognición existentes (verbales y no verbales, conscientes e inconscientes, emocionales y otras).

Las capacidades adaptativas pueden evaluarse por muchos medios, incluidos instrumentos estandarizados para evaluar la madurez social y las habilidades adaptativas.

La Escala de Conductas Adaptativas de Vineland (Vineland Adaptive Behaviour Scale) constituye una medición multidimensional de las conductas adaptativas en 5 dominios: comunicación, habilidades de la vida cotidiana, socialización, habilidades motoras y conductas maladaptativas. Los datos se consiguen mediante una entrevista semiestructurada con los padres o cuidadores. Se establecen puntuaciones de competencia en habilidades adaptativas, según los valores esperados para la edad, en niños hasta los 18 años.

Se han desarrollado protocolos de entrevistas estructuradas total o parcialmente listados de síntomas, cuestionarios y escalas para la evaluación y los estudios de seguimiento de muchos trastornos psiquiátricos infantiles. Los instrumentos disponibles permiten una revisión sistemática de conductas generales, síntomas psiquiátricos y todos los diagnósticos DSM IV de la niñez, así como una evaluación global del funcionamiento general. Es útil emplear procedimientos de evaluación estandarizados como un complemento de la evaluación clínica en niños.

Los instrumentos estándar son más sistemáticos y completos que el cribaje de trastornos realizado por los clínicos.

Los niños y los padres contribuyen cada cual por su lado para aportar observaciones útiles, aunque diferentes. Es evidente que ningún informante puede ofrecer por sí solo una descripción total del niño. Los niños, los profesores, los padres, los familiares, los miembros de la colectividad y los clínicos consideran al niño desde diferentes ámbitos y con distintos sesgos.

Los instrumentos estandarizados para el diagnóstico facilitan los estudios epidemiológicos de los principales trastornos psiquiátricos en la población general de niños y adolescentes.

Transición de los trastornos de salud mental a lo largo de la vida

La niñez se considera como un período de vulnerabilidad y desarrollo progresivo hacia la personalidad y el carácter del adulto. Los trastornos psiquiátricos de niños y adolescentes son objeto de creciente atención por ser procesos graves y precursores de la psicopatología en el adulto.

Los procesos psiquiátricos primarios en la niñez pueden conducir a complicaciones secundarias del desarrollo. Los síndromes primarios se expanden rápidamente con complicaciones secundarias durante el desarrollo, lo que borra las fronteras de la psicopatología original.

Esta expansión de la psicopatología infantil durante el desarrollo puede generar “características asociadas” durante toda la vida.

Cualquier trastorno puede utilizarse como etiqueta diagnóstica primaria en un niño. Se sabe también que todos los trastornos que comienzan en la niñez dejan secuelas importantes en el adulto o se transforman en trastornos del adulto.

El punto central en investigación sobre psicología del desarrollo es: **¿Qué conduce a qué?**

Recientes estudios revelan una incidencia alta de trastornos de salud mental en adolescentes y adultos jóvenes asociada a una considerable comorbilidad en cada período. Además parece haber una considerable continuidad de los trastornos entre esos períodos del desarrollo. (20, 23, 32)

Hasta hoy no existe consenso de cuales pudieran ser los determinantes comunes del posterior desarrollo de psicopatología. Algunos ejemplos de evolución de los trastornos mentales referidos en algunos estudios se citan a continuación.

La mayoría de los casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad son congénitos y duran toda la vida.

El componente de hiperactividad motora del trastorno mejora a menudo durante la niñez y al comienzo de la adolescencia. En general los síntomas de hiperactividad mejoran notablemente y la impulsividad disminuye, pero el déficit de atención no mejora. Los logros sociales y la capacidad adaptativa general parecen reducirse progresivamente con el paso del tiempo. En el adulto joven el trastorno se relaciona con un menor número de años de escolarización y con más cambios de residencia, mayor consumo de sustancias, transgresiones a las normas de tráfico, más accidentes automovilísticos, más citaciones judiciales y más condenas por delitos. En términos de síntomas psiquiátricos los adultos jóvenes con este trastorno presentan más intentos de suicidio, ansiedad fóbica, síntomas de somatización y traumas psicosexuales, pero no se observa un aumento general de casos de esquizofrenia. (32)

Durante la adultez, muchos de estos individuos continúan presentando déficit de atención, impulsividad y facilidad para los cambios emocionales mucho después de que haya dejado de presentar clínicamente la hiperactividad motora. El trastorno de personalidad antisocial en el adulto constituye la evolución más grave del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Se ha confirmado en varios estudios evolutivos que el 25 – 30% de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad desarrollarán con

el paso del tiempo trastorno de la personalidad antisocial. Los trastornos psiquiátricos más crónicos o deteriorantes, como el trastorno bipolar o la esquizofrenia, tienden a intensificar los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad con el tiempo.

Puede ser difícil distinguir clínicamente entre el curso natural del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y sus complicaciones secundarias y trastornos comórbidos. La baja autoestima, la alteración de las habilidades sociales, los problemas importantes de conducta, la agresividad, la personalidad antisocial la criminalidad son complicaciones probables más que síntomas “nucleares del trastorno.

Los estudios de seguimiento de la personalidad infantil temprana han mostrado que tanto las personalidades agresivas como las muy inhibidas pueden predisponer al trastorno disocial en fases más avanzadas de la infancia. El principal riesgo evolutivo del trastorno disocial en la niñez es el trastorno de la personalidad antisocial en la edad adulta. Entre los factores que permiten predecir esta evolución desfavorable del trastorno hacia la edad adulta, se encuentran: conducta antisocial, abuso de sustancias, historia familiar de trastorno de personalidad antisocial, comienzo precoz, bajo nivel socioeconómico, fracaso escolar, problemas de atención, trastornos de ansiedad, piromanía, déficit de socialización, falta de apoyo familiar, conflictos familiares y psicopatología familiar.⁽²⁵⁾

A pesar de la incidencia extremadamente elevada de psicopatología mayor, desadaptación y encarcelamientos, cerca de la mitad de los niños con trastorno disocial alcanzan una adaptación favorable al llegar a adultos. Los síntomas antisociales tienden a disminuir después de los 40 años de edad.

Los estudios de seguimiento sugieren que el 40% de los niños con trastorno negativista desafiante conservan el diagnóstico durante al menos 4 años y que el 93% mantienen síntomas psiquiátricos. En ciertos individuos el desarrollo progresa desde el trastorno negativista desafiante (con o sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad) hacia el trastorno disocial u otros trastornos psiquiátricos.

Algunos individuos que sufren de trastorno del aprendizaje pueden compensar el trastorno con el “sobreaprendizaje” pero otros conservan déficit específicos en la edad adulta.

A menudo los síntomas conductuales asociados y las complicaciones intrapsíquicas persisten durante más tiempo que los déficits del desarrollo y pueden seguir ocasionando problemas durante la vida adulta.

El trastorno de ansiedad por separación de la niñez puede estar relacionado evolutivamente con el trastorno de angustia en el adulto y se asocia con el trastorno de angustia de comienzo temprano. Los adultos con trastorno de angustia, especialmente en los casos de agorafobia, presentaron síntomas del trastorno de ansiedad por separación en su niñez con una frecuencia superior incluso a la de los adultos con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno fóbico.

Las conclusiones de estos estudios señalan que la probabilidad de sufrir trastornos durante la vida adulta es relativamente alta para aquellos que cursaron con algún trastorno durante la infancia o adolescencia.

En general, puede afirmarse que la evolución adulta de la psicopatología infantil depende en parte de los modos en que esta se amplía o queda detenida por factores individuales, familiares, culturales y terapéuticos.

Repercusiones sociales de los trastornos de salud mental

Las enfermedades mentales tienen consecuencias persistentes para los pacientes, sus familias e incluso para la sociedad. Pueden tener un impacto sustancial y de larga duración sobre la actividad cognitiva, la salud, el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes.

Debido a que muchos de los padecimientos psiquiátricos tienden a persistir a lo largo del ciclo de vida, mejorar la calidad de vida debe ser un objetivo principal del tratamiento de cualquier trastorno.

Bastiansen y Sawyer, et al. 2002, reportaron una pobre calidad de vida en general en niños con trastornos mentales, comparado con niños sin trastornos psiquiátricos. En las mediciones de calidad de vida, el daño es operacionalizado como el grado en el cual los problemas del niño interfieren con su funcionamiento en varios roles de su vida. (32, 38, 50, 53)

En general se afirma que los trastornos mentales suelen tener un efecto devastador sobre el desempeño de roles y la calidad de vida de los individuos. Debido a su temprana edad de aparición los trastornos mentales tienen potentes efectos adversos sobre aspectos críticos de la vida como: el nivel de instrucción alcanzado, riesgo de embarazo en la adolescencia, inestabilidad y violencia conyugales, entre otros.

Los trastornos mentales son una causa significativa de discapacidad y son responsables de aproximadamente el 10% del gasto global en enfermedades.

Los trastornos mentales en niños y adolescentes comprenden una serie de problemas caracterizados por comportamientos disruptivos y actos antisociales. Las consecuencias de estos problemas incluyen suicidio, daños severos a otros y en muchos casos hace necesario retirar al niño de su hogar.

Los trastornos del comportamiento son el principal motivo de consulta en muchos niños que asisten a la consulta pediátrica o consulta externa.

Cada año uno de cada diez niños presenta un problema de salud mental importante que le discapacita en cierto grado. Durante la edad escolar el riesgo de tener problemas de conducta se incrementa con la presencia de problemas de salud, trastornos del desarrollo, depresión paterna o conducta punitiva de los padres hacia el niño.

Las complicaciones en el funcionamiento de la familia son prácticamente inevitables. La mayoría de los padres esperan que sus hijos crezcan, dejen el hogar y establezcan sus vidas de una manera productiva e independiente, si el niño sufre de un trastorno mental que causa serias repercusiones durante la niñez o la adolescencia, la familia completa sufrirá conforme el niño crezca. El espectro de la adaptación de los padres puede ir desde una exitosa adaptación hasta la sobreprotección u ocasionalmente el abuso y abandono.

Un niño con trastorno por déficit de atención con hiperactividad es probable que influya sobre la satisfacción de los padres, la armonía conyugal y el desarrollo de los hermanos. Al menos parte del comportamiento de los padres se debe al difícil comportamiento del niño. La respuesta de los padres y hermanos, frente a la conducta del niño pueden fácilmente agravar el curso del trastorno. Debido a la transmisión genética, los padres a menudo también sufre del trastorno. El trastorno de un progenitor puede ser un modulador psicosocial de la intensidad de los síntomas del niño. El tratamiento con estimulantes de un progenitor con este trastorno puede producir una mejoría clínicamente significativa de los síntomas del niño.

Por lo tanto la información y el apoyo dados a los padres y a otros miembros de la familia tienen una importancia crucial y pueden aportarse mediante sesiones programados de entrenamiento en grupos.

Las principales complicaciones que presentan los niños que sufren de trastorno disocial, aparte de su evolución a etapas posteriores de la vida, son: fracaso escolar, problemas legales, lesiones debidas a peleas, accidentes, enfermedades de transmisión sexual, embarazo en la adolescencia, prostitución, ser víctima de violación o asesinato, actividad delictiva, encarcelamiento, abandono de la familia, drogadicción, suicidio y homicidio.

Las complicaciones del trastorno del desarrollo de la coordinación motora incluyen: convertirse en "cabeza de turco", tener escasa autoestima, y evitar los deportes.

Los niños con genuinos problemas precoces del habla y del lenguaje tienen un alto riesgo de presentar más tarde trastornos del aprendizaje, así como trastornos de la comunicación persistentes. La mayoría de los niños preescolares con trastornos de la comunicación (70%) pasan a recibir educación especial o repiten curso durante los 10 primeros años de escolaridad. El niño con trastornos de la comunicación puede experimentar reacciones emocionales negativas ante familiares y compañeros (turbación, sensación de culpa, ira), así como sufrir burlas y aislamiento social. Evitar hablar y la mala autoimagen pueden influir sobre el desarrollo del lenguaje social y conducir a problemas académicos y laborales.

Algunos clínicos se manifiestan menos inclinados a diagnosticar o evaluar la comorbilidad psiquiátrica en individuos con retraso mental. Además, las personas mentalmente retrasadas reciben menos tratamiento de su psicopatología acompañante, en parte debido a sus bajas autoexpectativas (derivadas de la familia y de los clínicos), a limitaciones económicas y a dificultades para moverse en organizaciones complejas. Estos individuos viven en situaciones socioeconómicas deprimidas y su funcionamiento está influido por la pobreza, las enfermedades, los déficits en la asistencia sanitaria y la escasa búsqueda de ayuda. El curso del retraso mental viene influido por interacciones con las oportunidades y las barreras ambientales. Las complicaciones psicológicas más comunes son las siguientes: experiencias frecuentes de fracaso, baja autoestima, frustración, altibajos en el apoyo prestado por los padres, deseos regresivos hacia la institucionalización. Otras complicaciones psicosociales sobreañadidas son la perturbación de interacciones y comunicaciones, vulnerabilidad ante la explotación, entre otras.

El desconocimiento y la estigmatización social pueden conducir a la evitación de potenciales compañeros sociales y profesionales. Las complicaciones familiares pueden incluir sentimientos parentales de desengaño, ira, culpabilidad, sobreprotección, infantilización, exceso de intervención o indiferencia. Los hermanos pueden experimentar fastidio por tener que participar en la asistencia, así como por la pérdida de la atención de los padres, mayores expectativas de compensación por parte de estos y temores reales con respecto a los riesgos genéticos de sus propios hijos. Las tremendas necesidades de dependencia y el hecho de que el tratamiento dure toda la vida pueden favorecer el alejamiento de los médicos.

En los casos de los niños con enuresis funcional, los síntomas pueden provocar vergüenza, ira y castigos por parte de los padres o cuidadores, burlas de los compañeros, evitación de visitas con estancia nocturna y de campamentos, retraimiento social y estallidos de cólera. Estas complicaciones si no se tratan adecuadamente, pueden ejercer más impacto sobre la evolución del niño a largo plazo que la propia enuresis.

Los adolescentes que se convierten en dependientes de sustancias, frecuentemente experimentan disrupción de relaciones sociales, familiares con sus maestros y se deterioran en su desempeño escolar.

Los costos del tratamiento de los trastornos mentales es difícil de estimar. Sin embargo se infiere que el costo de las enfermedades mentales en niños es mucho mayor de lo que se piensa, debido a los costos indirectos a los servicios de salud a las familias las escuelas el sistema de justicia juvenil y otras instituciones sociales involucradas en el tratamiento y rehabilitación de estos niños y adolescentes.

1.2.Planteamiento del Problema

Partiendo del concepto que define a la salud como: **“Un estado favorable y positivo de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad”** (Henry Sigerest 1946), se han desarrollado múltiples estrategias con el fin de procurar al hombre la preservación de dicho estado de bienestar. Dentro de ellas surge recientemente, la de **Atención Primaria en Salud** como una de las más importantes debido al impacto social que se espera como resultado de sus acciones. Los principales objetivos de esta estrategia se encaminan hacia la prevención, planificación anticipada y utilización eficaz de los recursos disponibles. (51, 5, 50, 49)

En el contexto de la Atención Primaria, se establecen acciones de atención en salud fundamentadas en el análisis holístico del ser humano y dirigidas a restaurar su equilibrio y el de su medio, cuando este ha sido afectado por un desajuste orgánico, emocional o ambos.

Sin embargo, aun bajo un claro entendimiento del análisis integral que requiere el estudio de salud del ser humano y del trascendental rol que desempeña la salud mental dentro del mismo, existen dificultades para incluir a esta última dentro de la valoración individual de salud. Resultando, con frecuencia, en una historia individual de salud incompleta y consecuentemente en tratamientos parcialmente dirigidos y poco eficaces.

Según datos del perfil epidemiológico mundial, un porcentaje importante de las enfermedades que constituyen las primeras causas de muerte, involucran trastornos del comportamiento humano. Los que, según estudios recientes, surgen en etapas tempranas (infancia o adolescencia) y preceden al desarrollo de otros de mayor complejidad y repercusión social en etapas posteriores de la vida, tales como: abuso de sustancias, conductas suicidas o violentas, entre otros. (5, 13, 3, 20)

Un factor que agrava la situación es el hecho de que existen bajos índices de detección de los trastornos de salud mental en los niveles básicos (servicios de atención primaria en salud, escuela o familia) postergando como consecuencia, su atención y/o tratamiento. (8, 14, 34, 36)

De acuerdo a lo anterior, se asume que las devastadoras y costosas repercusiones que los trastornos de salud mental tienen sobre la calidad de vida y el desarrollo social de los niños justifican la importancia que tiene la detección temprana y tratamiento oportuno de dichos trastornos. Así también es importante el diseño de programas de prevención en salud mental, dirigidos a poblaciones específicas, tales como niños y adolescentes

Finalmente los servicios de atención primaria en salud constituyen además de la vía de acceso al Sistema Nacional de Salud, el ambiente ideal para favorecer la prevención en salud mental. Por lo tanto es necesario el diseño e implementación de instrumentos adecuados para la detección oportuna que puedan ser aplicados e interpretados por personal no especializado en el primer nivel de atención.

Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Diseñar un instrumento de auto-reporte para la detección temprana de trastornos de salud mental en niños de 6 a 12 años factible de ser utilizado por médicos de Atención Primaria, no especialistas en Psiquiatría Infantil.

1.2.2. Objetivos Específicos

Realizar la validación de contenido del ***Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria*** para niños de 6 a 12 años.

Realizar una prueba piloto del ***Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria*** para niños de 6 a 12 años, entre padres o tutores de los niños.

Hipótesis

El Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria cumple con los criterios clínicos indispensables para detectar los trastornos de salud mental más frecuentes en niños de 6 a 12 años y es lo suficientemente claro para ser entendido y respondido por los informantes (padres o tutores de los niños).

Justificación

Los trastornos de salud mental constituyen un problema de salud que implica cargas económicas y sociales importantes tanto para el sistema de salud de un país o región, como para el individuo afectado y su familia.

La magnitud de los trastornos de salud mental a nivel individual trasciende a todas las esferas de interacción social a lo largo del ciclo de vida, incluyendo deterioro o fracaso escolar y/o laboral, con las consecuentes implicaciones económicas a causa de la incapacidad para asistir al trabajo o a la escuela además de francas disfunciones en las relaciones sociales y familiares.

Para los sistemas de salud esto se traduce en mayor gasto de recursos a causa de la hiperutilización de los servicios, por parte de los individuos no diagnosticados oportunamente. En el caso de los diagnósticos de psicopatologías graves o complicadas, se traduce en un mayor número de días de estancia hospitalaria o internamiento, mayor consumo de medicamentos, agregado a ello, las terapias de tratamiento de las complicaciones agudas o psicoterapia para tratamientos específicos (abuso y dependencia de sustancias, problemas sociales, conducta agresiva y delictiva, etc), son considerablemente más costosos y requieren mayor tiempo.

Estudios epidemiológicos previos han evidenciado que los trastornos de salud mental que se manifiestan durante las etapas de la adolescencia o la vida adulta generalmente han tenido su inicio en etapas tempranas de la vida y que lejos de persistir como su manifestación inicial en la niñez, conducen al desarrollo de otro tipo de psicopatología de severidad considerable, cursando en su mayoría asociados a comorbilidad. (22)

Así también, se ha demostrado que dichos trastornos son vulnerables al tratamiento, siempre que este se inicie en etapas tempranas y que incluya además, programas de educación y orientación para la rehabilitación emocional de los individuos afectados, con el fin de mejorar su pronóstico y calidad de vida. A la vez que se previene el desarrollo de psicopatología en etapas posteriores de la vida, durante las cuales la respuesta al tratamiento disminuye considerablemente o se torna más compleja y costosa. (5,22,35)

Debido a que muchas de las manifestaciones conductuales previas al establecimiento del trastorno, pasan desapercibidas o enmascaradas como parte de los hitos del desarrollo humano durante las etapas de la infancia, es importante realizar la búsqueda intencionada de dichas manifestaciones durante el control de crecimiento y desarrollo del niño aparentemente sano.

Los centros de atención primaria en salud resultan ser ambientes cómodos, accesibles y libres de estigma para las familias, lo que los caracteriza como lugares idóneos para llevar a cabo el estudio y detección de los trastornos de salud mental. Es en este contexto donde el médico de atención primaria tiene un rol determinante en la detección y referencia oportuna de casos a servicios especializados, así como el posterior seguimiento y control de los pacientes en el ámbito comunitario.

De acuerdo a la anterior se considera trascendente el diseño de un instrumento adecuado para fines de detección en etapas tempranas (niñez), factible de ser aplicado e interpretado por médicos generales o familiares en centros de atención primaria así como crear líneas de investigación en este nivel encaminadas a la promoción de la salud mental.

Material y Métodos

Tipo de estudio

Diseño y validación de una prueba, estudio transversal, descriptivo.

Diseño

FASE I



FASE II



Población

No aplica

Muestra

En la fase I se seleccionaron 25 especialistas en Psiquiatría infantil de la Ciudad de México Distrito Federal que se encuentran laborando en diferentes instituciones. Se tomo una muestra no probabilística de las siguientes instituciones: Hospital Infantil Dr. Juan N Navarro, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital Infantil de México, Hospital Adolfo Lopez Mateso, Centro Medico Nacional 20 de Noviembre. CECOSAM del Distrito Federal. Se incluyo a los especialistas que aceptaron voluntariamente participar como jueces durante la validación de contenido de la prueba y se les pidió que indicaran la pertinencia de cada una de las preguntas para la valoración de los trastornos siguiendo como referencia los criterios del DSM-IV. Esto último para evitar la interferencia del conocimiento o experiencia del especialista en el análisis de la prueba.

Durante la segunda fase del estudio se contó con una muestra de 150 padres de niños comprendidos entre 6 y 12 años, aparentemente sanos (no portadores de trastorno de salud mental). La muestra fue tomada a conveniencia del estudio en la sala de espera de una Unidad de Medicina Familiar y en una escuela de educación primaria.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de Inclusión

- Especialistas en Psiquiatría infantil que aceptaron participar en el estudio como jueces durante la fase de validación de contenido de la prueba.
- Padres o tutores de niños de 6 a 12 años que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Especialistas en Psiquiatría infantil que no aceptaron participar en el estudio.
- Padres o tutores de niños de 6 a 12 años que no acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Médicos no especialistas en Psiquiatría Infantil.
- Padres de niños que no se encuentren comprendidos entre el rango de edad de 6 a 12 años .

Criterios de Eliminación

- Pruebas no contestadas.

Variables

Nombre	Tipo	Escala de medición	Valores
Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención	Cualitativa	Nominal	<p>Responde rápidamente sin pensar, antes de que se le termine de preguntar algo.</p> <p>Le han dicho que en la escuela no pone atención en clase o que es distraído.</p> <p>Se esta moviendo todo el tiempo, de un lado a otro.</p> <p>Deja tareas o actividades sin terminar (a medias) en la casa o escuela.</p> <p>No puede permanecer quieto en ningún lugar.</p> <p>No espera su turno en los juegos o actividades que requieren orden.</p>
Trastorno Negativista Desafiante	Cualitativa	Nominal	<p>Se niega abiertamente a obedecer ordenes o indicaciones.</p> <p>Reta a los adultos.</p> <p>Dice mentiras.</p>
Trastorno Disocial	Cualitativa	Nominal	<p>Roba cosas de la casa, otras casas o la escuela.</p> <p>Molesta intencionalmente a otros niños o personas.</p> <p>Destruye o causa daño a propósito a objetos o propiedades de otros.</p> <p>Maltrata o mata intencionalmente a los animales.</p>
Trastorno de Ansiedad por Separación	Cualitativa	Nominal	<p>Le da miedo estar separado de sus padres en casa.</p> <p>Tiene miedo de dormir separado de sus padres.</p> <p>Tiene pesadillas acerca de ser separado de sus padres o casa.</p> <p>Evita ir a la escuela para quedarse en casa y estar con sus padres.</p>
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Cualitativa	Nominal	<p>Siente miedo excesivo de hablar en público.</p> <p>Se queja frecuentemente de dolores de cabeza, palpitaciones, dolores de estómago y otra molestia física, sin razón aparente.</p> <p>Esta preocupado nervioso o tenso.</p> <p>Siente miedo o angustia en ciertos lugares o acontecimientos (salir de casa, aglomeraciones, lugares públicos, viajar en coche, tren o avión).</p>

Trastorno Obsesivo Compulsivo	Cualitativa	Nominal	<p>Trata de realizar las tareas o actividades a la perfección.</p> <p>Se preocupa de manera exagerada por la limpieza o el orden de las cosas.</p> <p>Es exageradamente ordenado con sus cosas o juguetes.</p> <p>Se lava las manos demasiadas veces al día.</p>
Trastorno de Tics	Cualitativa	Nominal	<p>Realiza movimientos o sonidos en forma repetida e involuntaria (parpadeo, chupeteo, carraspeo, etc) que desaparecen cuando esta entretenido (viendo televisión, jugando, etc) o dormido.</p> <p>Tiene movimientos o sonidos involuntarios que aumentan cuando esta nervioso o frente a otras personas (parpadeo chupeteo movimientos bruscos de cabeza o alguna extremidad).</p> <p>Tiene movimientos repetidos e involuntarios: parpadeo, chupeteo, movimientos bruscos de la cabeza o alguna extremidad.</p> <p>Emite sonidos raros e involuntarios: toser, carraspeo, gruñidos, etc.</p>
Trastorno de la Eliminación	Cualitativa	Nominal	<p>Se hace popo en su ropa interior.</p> <p>Se hace popo en la cama.</p> <p>Se orina en su ropa interior.</p> <p>Se orina en la cama.</p>
Trastorno de la Alimentación	Cualitativa	Nominal	<p>Come cosas extrañas que no son alimentos(pintura,yeso,tierra,excremento,arena,insectos,etc).</p> <p>Se provoca el vómito después de comer mucho.</p> <p>Utiliza laxantes o diuréticos para bajar de peso.</p> <p>Se niega a comer para perder peso rápido, a pesar de estar en su peso ideal.</p> <p>Manifiesta preocupación o miedo a subir de peso o estar gordo, a pesar de estar en su peso ideal.</p> <p>Hace demasiado ejercicio al día para perder peso.</p> <p>Ha presentado algún problema de salud a consecuencia de la dieta estricta.</p>
Trastorno Autista	Cualitativa	Nominal	<p>Repite muchas veces las últimas letras de las palabras (eco).</p> <p>Tiene movimientos extraños (aleteo de brazos, mecerse, girar sentado etc)</p>

Depresión	Cualitativa	Nominal	Tiene poca energía o está cansado sin razón aparente. Habla de la muerte o de querer morir. Ha dejado de jugar. Llora, sin motivo aparente. Se encuentra triste, irritable o llora sin razón aparente. Se siente desanimado o indiferente para realizar actividades que antes le gustaban (ir al cine, al parque, jugar, patinar, etc).
Stress Post traumático	Cualitativa	Nominal	Evita estar en lugares que le recuerden alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa). Siente miedo o angustia cuando habla o recuerda alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa). Al jugar imita alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio accidente, muerte, cambio de casa). Recuerda constantemente alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa). Sueña constantemente con alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).
Trastorno Psicótico	Cualitativa	Nominal	Dice escuchar voces que no existen. Habla solo como si lo hiciera con alguien. Dice ver personas o animales que no existen. Dice sentir que lo persiguen o que alguien quiere hacerle daño.
Trastorno del Lenguaje	Cualitativa	Nominal	Dice palabras incompletas. Confunde palabras al hablar. Tiene dificultad para pronunciar algunas letras. Tartamudea.
Trastorno del Aprendizaje	Cualitativa	Nominal	Tiene bajo rendimiento escolar por su mala escritura. Se le dificulta escribir números o signos matemáticos (+, -, %, X). Escribe en forma desorganizada y con muchos errores (junta palabras, se come letras, escribe letras al revés, etc). Le cuesta trabajo entender algunos signos matemáticos (suma +, resta -, multiplicación x, división ÷, etc). Se le dificulta escribir palabras o frases que escriben niños de su misma edad en la escuela. Tiene bajo rendimiento escolar porque le cuesta trabajo leer. Se le dificulta leer textos que leen otros niños de su edad en la escuela. Tiene bajo rendimiento escolar por

			<p>problemas con las matemáticas. Se le dificulta realizar operaciones matemáticas que realizan otros niños de su misma edad (sumar, restar, multiplicar, etc).</p>
Trastorno del Desarrollo Psicomotor	Cualitativa	Nominal	<p>Es torpe o lento para realizar actividades manuales (pintar, dibujar, recortar). Se ha tardado en aprender a sentarse gatear, caminar, bajar o subir escaleras, abrocharse la camisa, anudarse los zapatos. Comparado con otros niños de su edad. Se le caen constantemente los objetos de las manos. No puede amarrarse los zapatos o abrocharse los botones de la camisa.</p>
Trastorno de la Identidad Sexual	Cualitativa	Nominal	<p>Tiene preferencia por juguetes u objetos de niños del sexo contrario. Prefiere hacer el papel de niños o personajes del sexo contrario cuando juega. Insiste en usar ropa de niños del sexo contrario. Ha manifestado deseos de ser del sexo contrario.</p>
Trastorno por Abuso de Sustancias	Cualitativa	Nominal	<p>El niño utiliza alguna droga. El niño bebe alcohol. El niño fuma.</p>
Retraso Mental	Cualitativa	Nominal	<p>Es torpe o lento para realizar actividades manuales (pintar, dibujar, recortar). Se ha tardado en aprender a sentarse gatear, caminar, bajar o subir escaleras, abrocharse la camisa, anudarse los zapatos. Comparado con otros niños de su edad.</p>

Definición conceptual y operativa de las variables

1. Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención

Definición conceptual:

Patrón conductual persistente (6 meses o más), caracterizado por disminución de la atención e hiperactividad, que se manifiesta por pensamientos y comportamientos impulsivos e inquietud inapropiadas para el nivel de desarrollo y condición mental. Las manifestaciones aparecen en por lo menos 2 o más ambientes (escuela, casa, trabajo), causando deterioro en la actividad social o académica. (DSM-IV) (Lewis) (Rutter).

Definición Operacional:

Uno o más de cada uno de los criterios de desatención, hiperactividad e impulsividad que se hayan presentado con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, de acuerdo al Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 11, 32, 44, 53, 72, 55)

2. Trastorno Negativista Desafiante

Definición conceptual:

Trastorno de la conducta que se caracteriza por persistencia (6 meses o más) de un patrón de comportamiento de desobediencia, desafío y hostilidad hacia las figuras de autoridad que se presenta antes de los 18 años y que producen deterioro significativo de la actividad social o académica. (DSM-IV) (Lewis)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de Trastorno negativista desafiante, que se hayan presentado, con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses. Según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 23, 49, 57)

3. Trastorno Disocial

Definición conceptual:

Trastorno de la conducta que se caracteriza por un patrón persistente del comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales básicas esperadas para la edad manifestando por la presencia de al menos 1 de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses: agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo, violaciones graves de normas, entre otros. Causando deterioro clínicamente significativo de la función social, laboral o académica. (DSM-IV) (Lewis) (Rutter)

Definición Operacional:

Uno o más de los síntomas de Trastorno disocial que se hayan presentado algunas con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 8, 35, 43, 60)

4. Trastorno de Ansiedad por Separación

Definición conceptual:

Presencia de síntomas de ansiedad que varían desde malestar anticipatorio hasta crisis de pánico, en relación a su separación de los padres o personas queridas, cuyos síntomas se presentan antes de los 18 años, con una persistencia mayor de 2 semanas. (DSM-IV) (Lewis) (Rutter)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de trastorno de ansiedad por separación, que se hayan presentado con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 6, 9, 15, 59)

5. Trastorno de Ansiedad Generalizada

Definición conceptual:

Ansiedad y/o preocupación excesivas (expectación aprensiva) persistentes (6 meses o más) ante acontecimientos o situaciones que el individuo no es capaz de controlar y que provocan malestar subjetivo o deterioro social, académico y laboral. No se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad generalizada. (DSM-IV)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de trastorno de ansiedad generalizada, que se hayan presentado con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 38, 51, 66, 67)

6. Trastorno Obsesivo Compulsivo

Definición conceptual:

Trastorno caracterizado por la presencia de pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes e involuntarios, realizados sin ningún sentido o innecesariamente, estando el individuo conciente de ello. Lo que ocasiona deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral o académica y no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica generalizada. (DSM-IV) (Lewis) (Rutter)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo, que se hayan presentado con frecuencia o siempre durante los últimos 6 meses, de acuerdo al Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 25, 36, 50, 65)

7. Trastorno de Tics

Definición conceptual:

Emisión, durante periodos de tiempo variables, de gestos, vocalizaciones o movimientos motores súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos. Usualmente de corta duración e involuntarios, exacerbados por stress y atenuados durante actividades absorbentes o durante el sueño. (DSM-IV) (Lewis)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de trastorno de tics que se haya presentado con frecuencia o siempre durante los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 12, 24, 40, 26)

8. Trastorno de la Eliminación

Definición conceptual:

Emisión involuntaria y repetida de orina o heces en lugares inadecuados (ropa, suelo, cama, etc.) durante el día o la noche. Se presenta por lo menos 1 vez al mes durante los últimos 3 meses en un niño mayor de 4 años y no se debe a efectos fisiológicos de una sustancia (laxantes) ni a enfermedad médica. (DSM-IV)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de trastorno de la eliminación, que se hayan presentado rara vez, algunas veces, con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 22, 34, 48, 64)

9. Trastorno de la Alimentación

Definición conceptual:

Alteraciones persistentes y graves de la conducta alimentaria, asociados generalmente a alteración en la percepción de la forma y el peso corporales. En la infancia las presentaciones más frecuentes son el fallo de medro y la obesidad, durante la adolescencia: anorexia nerviosa y bulimia. Los cuales producen alteraciones clínicas significativas. (DSM-IV) (Lewis)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de trastorno de la alimentación, que se hayan presentado algunas veces, con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 10, 21, 33, 47, 63, 75, 77)

10. Trastorno Autista

Definición conceptual:

Trastorno perturbador del desarrollo que se caracteriza por afección grave de las habilidades para la interacción social y la comunicación, con presencia de patrones inusuales de lenguaje o respuestas inapropiadas a estímulos del medio y conductas estereotipadas. Alteraciones que son impropias para el nivel de desarrollo y edad mental del sujeto. (DSM-IV) (Lewis) (Rutter)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de trastorno autista, que se hayan presentado algunas veces, con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 41, 81)

11. Depresión

Definición conceptual:

Síndrome caracterizado por al menos 5 de los siguientes síntomas, presentes durante un periodo de al menos 2 semanas: irritabilidad, disminución del interés por el placer en todas las actividades, trastornos del sueño, cambios en el peso o apetito o pérdida de la energía, entre otros. Que causan deterioro clínicamente significativo en la actividad social, laboral o académica y no es consecuencia de patología médica, fármacos, duelo o trastorno esquizofrénico. (Lewis) (DSM-IV)

Definición operacional:

Uno o más síntomas de depresión, que se hayan presentado con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 20, 30, 42, 61, 70, 71)

12. Stress Post traumático

Definición conceptual:

Síndrome secundario a la exposición a un evento estresante o extremadamente traumático que incluye síntomas de experimentación persistente del acontecimiento o de evitación de estímulos asociados a él. Provoca deterioro clínicamente significativo en el área social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (DSM-IV)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de estrés postraumático, que se hayan presentado con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 28, 45, 62, 73, 76)

13. Trastorno Psicótico

Definición conceptual:

Pérdida de la percepción de la realidad, manifestada por ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento extravagante o hipocondría, entre otros. De los cuales el individuo no esta conciente de su naturaleza patológica. (CIE-10) (DSM-IV)

Definición Operacional:

Uno o más de los síntomas de Trastorno psicótico, que se hayan presentado algunas veces, con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 18, 5, 54, 74)

14. Trastorno del Lenguaje

Definición conceptual:

Trastorno que se caracteriza por afección en las habilidades receptivas o de expresión del lenguaje, que interfiere con la comunicación social o rendimiento escolar. (Lewis) (DSM-IV)(Rutter)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de trastornos del lenguaje, que se hayan presentado con frecuencia o siempre durante los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 14, 29, 78, 80)

15. Trastorno del Aprendizaje

Definición conceptual:

Trastornos caracterizados por una capacidad inferior a la esperada para la edad en el desarrollo de habilidades académicas específicas (lectura, cálculo y/o escritura) que no se deben a patología médica, retardo mental o deficientes oportunidades académicas y que interfieren con el rendimiento académico. (DSM-IV) (Lewis)

Definición operacional:

Uno o más síntomas de trastornos del aprendizaje, que se hayan presentado con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 2, 7, 16, 17, 31, 46, 52, 56, 68)

16. Trastorno del Desarrollo Psicomotor

Definición conceptual:

Alteración significativa del desarrollo de la coordinación motora el cual es inferior a lo esperado para la edad y capacidad mental del niño, que interfiere con las actividades de la vida cotidiana y/o el rendimiento académico y que no se debe a enfermedad médica o trastorno generalizado del desarrollo. (DSM-IV) (Lewis)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas trastorno del desarrollo psicomotor, que se hayan presentado algunas veces, con frecuencia, o siempre, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 4, 37, 69, 79)

17. Trastorno de la Identidad Sexual

Definición conceptual:

Trastorno caracterizado por la identificación intensa y preferencia por el rol del sexo opuesto, acompañada de malestar por el propio sexo. Puede manifestarse por preferencia de juguetes, objetos, actividades o juegos de rol propios del sexo opuesto así como afiliación preferente a grupos de niños del sexo opuesto. (Lewis) (Rutter) (DSM-IV)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas trastorno de la identidad sexual, que se hayan presentado con frecuencia o siempre durante los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 19, 27, 39, 58)

18. Trastorno por Abuso de Sustancias

Definición Conceptual:

Trastorno caracterizado por un patrón persistente (mayor de 1 mes) de consumo de sustancias que viola las normas médicas, legales, religiosas o sociales. Manifestado por síntomas de ingestión compulsiva de la sustancia, tolerancia y abstinencia. Lo que causa deterioro significativo en la actividad social, escolar o laboral. (DSM-IV) (Lewis) (Rutter)

Definición operacional:

Uno o más de los síntomas de abuso de sustancias que se haya presentado con frecuencia o siempre en los últimos 6 meses, según el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 1, 3, 13)

19. Retraso Mental

Definición Conceptual:

Trastorno del desarrollo que se presenta antes de los 18 años y se caracteriza por inteligencia por debajo de la media (CI menor o igual a 70), que interfiere con el funcionamiento adaptativo en por lo menos 2 areas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales. (DSM-IV, Lewis, Rutter)

Definición Operacional:

Uno o más de los síntomas de Retraso Mental que se especifican el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años (preguntas 4, 37)

Instrumento de recolección de datos (inicial)

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA

Niños de 6 a 12 años

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

DATOS DEL INFORMANTE

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

PARENTEZCO:

DOMICILIO:

TELEFONO:

FECHA DE REALIZACION DEL ESTUDIO

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de comportamientos con respecto al niño. Marque si se ha presentado alguno en los últimos 6 meses, según la cantidad de veces que lo ha presentado.

	COMPORTAMIENTO	NUNCA (0 veces)	RARA VEZ (1-2 días al mes)	ALGUNAS VECES (1-2 días a la semana)	CON FRECUENCIA (3-4 días a la semana)	SIEMPRE (todos los días)
1	El niño utiliza alguna droga.					
2	Tiene bajo rendimiento escolar por su mala escritura.					
3	Prefiere jugar o relacionarse con niños del sexo contrario.					
4	Dice pocas palabras, comparado con niños de su edad.					
5	El niño bebe alcohol					
6	Es demasiado brusco o atrabancado					
7	Es torpe o lento para realizar actividades manuales (pintar, dibujar, recortar).					
8	Habla solo como si lo hiciera con alguien					
9	Le da miedo estar separado de sus padres en casa.					
10	Se le dificulta escribir números o signos matemáticos (+, -, %, X)					
11	Roba cosas de la casa, otras casas o la escuela					
12	Duerme menos de lo que dormía antes.					
13	Tiene miedo de dormir separado de sus padres					
14	Ha disminuido su gusto o apetito por los alimentos que antes le gustaba comer.					
15	Come cosas extrañas que no son alimentos (pintura, yeso, tierra, excremento, arena, insectos, etc)					
16	Responde rápidamente sin pensar, antes de que se le termine de preguntar algo.					

17	Amenaza a otros niños o adultos.					
18	Realiza movimientos o sonidos en forma repetida e involuntaria (parpadeo, chupeteo, carraspeo, etc) que desaparecen cuando esta entretenido (viendo televisión, jugando, etc) o dormido					
19	El niño fuma					
20	Sigue alguna rutina sin sentido (ordenar o contar varias veces sus cosas o juguetes antes de dormir u otra).					
21	Dice palabras incompletas					
22	Tiene bajo rendimiento escolar a causa de lentitud o incapacidad para realizar algunas actividades físicas (deporte,pintar,bordar,etc)					
23	Tiene pesadillas acerca de ser separado de sus padres o casa.					
24	En la escuela no habla ni con la maestra ni con sus compañeros.					
25	Escribe en forma desorganizada y con muchos errores (junta palabras, se come letras, escribe letras al revés, etc)					
26	No manifiesta ninguna emoción en situaciones que causan risa, llanto o sorpresa a otras personas.					
27	Tiene sueño todo el día.					
28	Le cuesta trabajo entender algunos signos matemáticos (suma +, resta -, multiplicación x, division ÷, etc)					
29	Dice escuchar voces que no existen					
30	Tiene preferencia por juguetes u objetos de niños del sexo contrario					
31	Tiene preferencia por algun objeto o juguete sólido (duro, no suave)					
32	Tiene poca energia o está cansado sin razón aparente					

33	Le cuesta trabajo concentrarse al hacer tareas u otra actividad en la casa o en la escuela.					
34	Vomita los alimentos después de comer mucho.					
35	Se hace popo en su ropa interior					
36	Se niega abiertamente a obedecer ordenes o indicaciones.					
37	Realiza movimientos o sonidos repetidos e involuntarios que aumentan cuando esta nervioso o frente a otras personas (parpadeo chupeteo movimientos bruscos de cabeza o alguna extremidad).					
38	Trata de realizar las tareas o actividades a la perfección.					
39	Siente miedo exagerado a algún objeto, animal o situación.					
40	Interrumpe las conversaciones o actividades de otros.					
41	Realiza movimientos rápidos, repetidos e involuntarios: parpadeo, chupeteo, movimientos bruscos de la cabeza o alguna extremidad.					
42	Prefiere hacer el papel de niños de personajes del contrario cuando juega.					
43	Es vengativo					
44	En la casa no habla con ningún otro miembro de la familia que no sea su madre o persona que lo cuida.					
45	Le cuesta trabajo dormir a la hora que antes acostumbraba.					
46	Le preocupa que sus padres sufran algún daño o que no regresen a casa					
47	Evita estar en lugares que le recuerden alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido(divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).					
48	Confunde palabras al hablar					
49	Habla de querer morir					

50	Se le dificulta escribir palabras o frases que escriben niños de su misma edad en la escuela					
51	Le han dicho que en la escuela no pone atención en clase o que es distraído.					
52	Utiliza laxantes o diuréticos para bajar de peso.					
53	Se hace popo en la cama					
54	Molesta intencionalmente a otros niños o personas.					
55	Siente miedo o desconfianza de todas las personas, aún de conocidos o familiares.					
56	Se preocupa de manera exagerada por la limpieza o el orden de las cosas.					
57	Se le ha dificultado aprender a hacer cosas que hacen otros niños de su edad (sentarse gatear, caminar, bajar o subir escaleras, abrocharse la camisa, anudarse los zapatos)					
58	Siente miedo excesivo de hablar en público					
59	Insiste en usar ropa de niños del sexo contrario.					
60	Emite sonidos raros repetidos e involuntarios: toser, carraspeo, gruñidos, etc.					
61	Repite muchas veces las últimas letras de las palabras (eco).					
62	Es rencoroso					
63	Ha dejado de jugar.					
64	Destruye o causa daño a propósito a objetos o propiedades de otros					
65	Se esta moviendo todo el tiempo, de un lado a otro.					
66	Siente miedo o angustia cuando habla o recuerda alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente,muerte,cambio de casa).					
67	Repite constantemente gestos o frases sin sentido (que solo el entiende)					

68	Tiene bajo rendimiento escolar porque le cuesta trabajo leer.					
69	Se despierta en la noche y le cuesta trabajo volverse a dormir.					
70	Sigue alguna dieta para perder peso rápido, a pesar de estar en su peso ideal.					
71	Se orina en su ropa interior.					
72	Reta a los adultos					
73	Es exageradamente ordenado con sus cosas o juguetes.					
74	Se queja frecuentemente de dolores de cabeza, palpitaciones, dolores de estómago y otra molestia física, sin razón aparente.					
75	Se le dificulta leer textos que leen otros niños de su edad en la escuela.					
76	Deja tareas o actividades sin terminar (a medias) en la casa o escuela.					
77	Cree que tiene poderes sobrenaturales					
78	No se comunica ni establece amistad con otros niños o adultos					
79	No puede permanecer quieto, en actividades tranquilas (leer, ver televisión, pintar, comer).					
80	Tiene bajo rendimiento escolar por problemas con las matemáticas					
81	Dice mentiras.					
82	Ha manifestado deseos de ser del sexo contrario.					
83	Evita ir a la escuela para quedarse en casa y estar con sus padres.					
84	Rechaza el contacto con extraños o con ciertos miembros de la familia.					
85	Maltrata o mata intencionalmente a los animales.					
86	Llora, sin motivo aparente.					

87	Se despierta llorando y asustado a media noche.					
88	Al jugar imita alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio accidente, muerte, cambio de casa).					
89	Manifiesta preocupación o miedo a subir de peso o estar gordo.					
90	Se orina en la cama					
91	Confía y hace amistad fácilmente con cualquier desconocido.					
92	Es muy pegajoso o cariñoso con cualquier persona extraña.					
93	Se lava las manos demasiadas veces al día					
94	Esta preocupado nervioso o tenso.					
95	Siente miedo o angustia en ciertos lugares o acontecimientos (salir de casa, aglomeraciones, lugares públicos, viajar en coche, tren o avión).					
96	Se le dificulta realizar operaciones matemáticas que realizan otros niños de su misma edad (sumar, restar, multiplicar, etc).					
97	No habla ninguna palabra con otros niños o personas de su vecindad					
98	Se le caen constantemente los objetos de las manos.					
99	No habla frente a extraños, pero si habla en la casa con su madre o con otro familiar de confianza.					
100	Acepta fácilmente la compañía de cualquier persona y es capaz de irse con ella a pesar de ser un extraño.					
101	Le cuesta trabajo adaptarse a cambios de casa, escuela, habitación, decoración o movimientos de sus muebles o juguetes.					
102	Se encuentra triste la mayor parte del día					

103	Se siente desanimado o indiferente para realizar actividades que antes le gustaban (ir al cine, al parque, jugar, patinar, etc)					
104	No espera su turno en los juegos o actividades que requieren orden					
105	Recuerda constantemente alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).					
106	Se le dificulta expresar sus pensamientos con palabras.					
107	Siente que lo persiguen.					
108	No habla con nadie, excepto con su madre o alguna otra persona de confianza.					
109	Huye de ser consolado o abrazado por otras personas, incluyendo a algunos miembros de la familia.					
110	Duerme más de lo que dormía antes.					
111	Se le dificulta decidir que quiere (juguetes, golosinas, lugares a donde ir).					
112	Hace demasiado ejercicio al día para perder peso.					
113	Sueña constantemente con alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).					
114	Siente miedo exagerado a ser contagiado de alguna enfermedad por contacto con sus amigos o familiares (SIDA, hepatitis, gripe, parásitos).					
115	Ha presentado algún problema de salud a consecuencia de la dieta estricta.					
116	Tiene dificultad para pronunciar algunas letras.					
117	No puede amarrarse los zapatos o abrocharse los botones de la camisa.					
118	Tartamudea.					
119	Hace movimientos extraños y repetidos (aleteo de brazos, mecerse, girar sentado etc)					

Metodología

Se diseñó el “Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria” para niños de 6 a 12 años. El cuestionario se construyó de acuerdo a los criterios de diagnóstico establecidos en el *Manual Estadístico de Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV)* y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Se compuso de 120 preguntas con una escala de respuesta de 5 opciones en base a la frecuencia de presentación de los síntomas (*NUNCA* = ausencia del síntoma, *RARA VEZ* = 1 a 2 días al mes; *ALGUNAS VECES*= 1 a 2 días a la semana; *CON FRECUENCIA*= 3 a 4 días a la semana; *SIEMPRE* todos los días). El estudio fue elaborado en 2 fases:

FASE I: *Validación de Contenido de la prueba*

Durante esta primera fase se realizó la *Validación de Contenido a través de Jueces*. Para ello se contó con la colaboración de 25 especialistas en el área de Psiquiatría infantil quienes analizaron el contenido de la prueba en general. Se le solicitó a cada juez que indicara el trastorno que correspondía a cada una de las preguntas y se otorgó un espacio al final de la prueba para consideraciones de redacción o estructura de las preguntas y escala de ponderación

FASE II: *Prueba Piloto*

Durante esta segunda etapa del estudio se realizó un piloteo de la prueba entre padres de niños comprendidos entre 6 y 12 años de edad. Con el fin de analizar la comprensión de las preguntas y de la escala de respuesta. También se estimó el tiempo promedio que toma la prueba para ser respondida. La prueba fue respondida en la sala de espera de una Unidad de Medicina Familiar y en un salón de una escuela de educación primaria.

Control de sesgos

- Se unificó el criterio de los jueces a través del DSM-IV, para los criterios de diagnóstico de cada trastorno.
- Se solicitó a jueces y padres de los niños durante las dos fases que la prueba fuera analizada y entregada en el mismo momento.

Procedimientos estadístico

Se construyó una matriz de variables a través en el programa SPSS versión 12. Aquí se analizó cada una de las variables comparando el criterio propuesto en la prueba contra el de los jueces. Se tomo en consideración las dos primeras opciones de respuesta de los jueces.

Los datos se sometieron a análisis estadístico descriptivo y se construyeron tablas de frecuencia comparando cada pregunta contra el criterio de los 25 jueces. Además se determino la significancia estadística de las tablas con la ayuda del programa estadístico EPI Info 6.

El criterio que se utilizó para la eliminación de preguntas fue aquellas que no cumplieran con al menos el 85% de acuerdo entre los jueces, se determinó una significancia estadística $p \leq 0.05$ para cada pregunta.

En la fase de piloteo se realizó el mismo tratamiento estadístico de los datos, utilizando tablas de frecuencia. Se tomo como criterio de referencia que las preguntas fueran comprendidas por al menos el 95% de los padres. Se estimó el tiempo promedio que tomo a los padres responder la prueba.

Cronograma

Ver hoja adjunta

Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio

a. Recursos Humanos

- Investigador
- Asesores
- Padres o tutores de niños de 6 a 12 años
- Especialistas en Psiquiatría Infantil (Jueces)

b. Recursos Materiales

- Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años
- Sala de espera del consultorio
- Lápices
- Computadora
- Impresora

c. Presupuesto

- Recursos propios del investigador

Consideraciones éticas

El presente estudio ha sido desarrollado siguiendo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (52ª Asamblea General de Edimburgo, Octubre 2000) para la investigación biomédica en donde participan seres humanos. El mismo no implica riesgos para la salud e integridad física o emocional de los individuos participantes.

Así también, este estudio respeta los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación, Título II, artículo 17, Categoría 1 de investigación sin riesgo. La información obtenida del estudio respeta las características de confidencialidad y se obtuvo previo consentimiento informado de los participantes en el mismo.

Resultados

Fase I

Se eliminaron preguntas que no cumplieron con un acuerdo significativo ($p \leq 0.05$) entre los jueces, se consideró un acuerdo mínimo del 85%. Como resultado de este análisis se eliminaron 33 preguntas del cuestionario inicial que no cumplieron con el criterio establecido. (ver anexos tabla 1)

Algunas preguntas mostraron un acuerdo absoluto entre los jueces para el trastorno propuesto inicialmente (ver anexo tabla 2).

Sin embargo un número menor de preguntas demostraron no discriminar significativamente al trastorno propuesto de otros, además de haber obtenido un porcentaje considerablemente bajo de acuerdo entre los jueces (ver anexo tabla 3). Un argumento de los jueces sobre la variabilidad de opciones de respuesta para estas preguntas fue la poca frecuencia de presentación de estos trastornos entre la población infantil que atienden, por lo que se infiere que son trastornos poco relevantes de ser incluidos en una prueba de tamizaje en el primer nivel de atención que persigue detectar los trastornos más frecuentes.

Debido a que para tres de los trastornos incluidos en la prueba inicial (trastornos del sueño, Trastornos del vínculo y mutismo selectivo) se eliminaron el 100% de preguntas correspondientes a ellos, según el criterio indicado anteriormente, estos trastornos fueron eliminados por completo de la prueba.

Se tomó en consideración la sugerencia de la mayoría de jueces (más del 80%) acerca de la estructura de la escala de respuesta, cuya segunda opción "Rara vez" era innecesaria y creaba confusión entre esta y la siguiente "Algunas veces" por lo que se eliminó la primera. Se reestructuró la escala de tal forma que midiera la frecuencia de presentación de los síntomas en días por semana en todas las opciones de respuesta. A diferencia de la escala inicial en donde se indicaban días por mes en algunas opciones y días por semana en otras de la misma escala.

Así, se obtiene una prueba de 85 ítems de los 119 iniciales para la valoración de 19 trastornos de los 21 iniciales, con una escala de respuesta de 4 opciones:

Nunca (0 días/semana) / Algunas veces (1-3días/semana) / Con Frecuencia (4-5 días/semana) / Siempre (6-7días/semana).

De esta forma la prueba pasó a la siguiente etapa del estudio.

FASE II

Durante esta fase se utilizó como criterio que las preguntas y la escala de respuestas fueran comprendidas por al menos el 95% de los padres. Como resultado de este análisis se eliminaron 4 preguntas que no fueron claras para los padres según el criterio establecido.

Con lo que se obtuvo una prueba final de 81 ítems. La escala de respuesta resultó ser correctamente entendida por los padres por lo que no sufrió ninguna modificación. El tiempo promedio estimado de respuesta fue de 30 minutos.

De aquí se considera que la prueba debe ser sometida a una fase ulterior de validación de criterio y constructo. Para ello se propone la comparación de la misma contra un criterio o instrumento estandarizado (estándar de oro) con el fin de establecer sus atributos de sensibilidad, especificidad y puntos de corte.

Para la validación de constructo se propone realizar un análisis factorial de componentes principales, con lo que se discriminarán finalmente las preguntas de mayor peso estadístico para los objetivos de la prueba.

Habiendo superado esta última fase se considera que la prueba cuenta con el suficiente respaldo estadístico para ser útil al propósito de detección oportuna.

Tablas de análisis de resultados

TABLA 1

Preguntas Eliminadas según criterio de jueces

Pregunta	% Jueces en desacuerdo con el trastorno que evalúa la pregunta
4	20%
6	16%
12	44%
14	26%
17	24%
20	36%
22	16%
23	20%
26	32%
27	48%
31	32%
43	32%
45	33%
46	20%
55	60%
62	40%
67	24%
69	16%
74	20%
78	34%
84	60%
87	20%
91	38%
92	20%
97	16%
99	16%
100	20%
101	34%
106	36%
108	20%
109	40%
110	48%
111	68%
114	48%

Fuente: base de datos criterio de jueces para la validación de contenido de la prueba

TABLA 2**PREGUNTAS CON MAYOR PORCENTAJE DE ACUERDO
ENTRE JUECES**

Pregunta	% Jueces en acuerdo con el trastorno que evalúa la pregunta
1	100%
16	100%
28	100%
29	100%
30	100%
33	100%
34	100%
35	100%
36	100%
38	100%
40	100%
47	100%
50	100%
51	100%
56	100%
59	100%
64	100%
68	100%
70	100%
71	100%
73	100%
79	100%
82	100%
85	100%
93	100%
96	100%
102	100%
103	100%
104	100%
112	100%

Fuente: base de datos criterio de jueces para la validación de contenido de la prueba

TABLA 3**Preguntas con menor grado de discriminación**

Pregunta	Opciones de trastornos para la pregunta según jueces	% de jueces en acuerdo con el trastorno que evalúa la pregunta
12	2	56%
20	2	64%
26	4	68%
31	3	68%
45	3	72%
55	4	20%
62	3	60%
78	4	76%
84	6	40%
91	4	72%
101	5	76%
106	7	64%
109	5	52%
110	2	48%
111	7	24%
114	4	32%

Fuente: base de datos criterio de jueces para la validación de contenido

TABLA 4**Trastornos eliminados según número de preguntas**

Trastorno	preguntas correspondientes del cuestionario inicial
Trastorno del sueño	12, 27, 87, 69, 45
Mutismo selectivo	24, 44, 108, 99, 97
Trastorno del Vínculo	109, 92, 91, 84

Fuente: base de datos criterio de jueces para la validación de contenido

TABLA 5**Preguntas Eliminada Prueba Piloto**

Pregunta	% Padres que no comprendieron la pregunta
3	7%
26	5%
32	5.80%
33	5%

Fuente: base de datos criterio de jueces para la validación de contenido

Discusión de Resultados

De acuerdo a los resultados del estudio se obtuvo una prueba cuyo diseño ha superado las fases de validación de contenido y prueba piloto.

Según la literatura revisada existen pocas pruebas de detección de trastornos de salud mental diseñadas como cuestionarios de autoreporte, factibles de ser aplicadas e interpretadas en el primer nivel de atención por personal no especializado en Psiquiatría Infantil.

Gran parte de los instrumentos de tamizaje mencionados en la literatura fundamentan su contenido en una de las clasificaciones oficiales de trastornos de salud mental. En contraste, una de las características que fortalece esta prueba es su construcción basada en criterios estandarizados y aplicados a nivel internacional. En ella se pretende unificar los dos principales sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos de salud mental: DSM-IV y CIE-10, lo cual amplía y sustenta el contenido de la prueba.

Otra característica importante del diseño de esta prueba es el amplio rango de patologías consideradas dentro de la misma y que constituyen los trastornos con mayor frecuencia de presentación en el grupo de edad de 6 a 12 años, según encuestas epidemiológicas reportadas a nivel internacional. En contraste existen muchas pruebas diseñadas para tamizar solo algún tipo de trastornos, para mencionar algunas: K-SADS, evalúa trastornos afectivos y esquizofrenia, Child Behavioural Check List, evalúa trastornos del comportamiento, entre otras. Lo que limita su utilidad como pruebas de tamizaje en el primer nivel de atención.

Así también, algunas investigaciones han dado a luz una serie de instrumentos extensos en su contenido y que constan de una compleja metodología de interpretación, requiriendo por ende un tiempo considerable de aplicación y el criterio de especialistas en psiquiatría infantil. Lo cual determina que estas pruebas sean poco prácticas en la consulta general e imposible de ser utilizadas por personal no especializado en la materia.

Se conoce a través de reportes epidemiológicos que los trastornos de salud mental constituyen una de las primeras causas de morbilidad y que la mayor parte de ellos son vulnerables a las intervenciones realizadas oportunamente. De acuerdo a estos datos, se considera trascendente

establecer líneas de investigación encaminadas a fortalecer las acciones de prevención e intervención oportunas y a diseñar herramientas idóneas a estos propósitos.

El cuestionario que ha resultado de las diferentes fases de este estudio es una prueba de tamizaje que abarca un amplio rango de patologías reportadas con frecuencia en este grupo de edad. Cuenta con las características de ser de autoreporte, de fácil comprensión para los padres y requiere de un tiempo relativamente corto para su aplicación. Se pretende que la prueba pueda ser interpretada por médicos de los servicios de atención primaria, no especializados en el campo de la Psiquiatría Infantil y que sea útil para la referencia oportuna de casos.

Una de las dificultades metodológicas encontradas fue la selección de jueces durante la primera fase del estudio debido al entrenamiento de alta especialización requerido en este campo y al reducido número de especialistas en Psiquiatría Infantil que se encuentran en la ciudad de México, lo que requirió la inversión de un tiempo considerable para contactarlos y contar con su participación en el estudio.

Uno de los sesgos del estudio fue la interferencia del conocimiento o experiencia profesional de los jueces en el análisis de las preguntas. Lo que se logró controlar a través de estandarizar el criterio de todos ellos siguiendo los lineamientos establecidos en DSM-IV para el diagnóstico y clasificación de las enfermedades. Por lo que este sesgo no interfirió significativamente con el análisis de los datos y resultados emitidos en esta fase.

Dentro de las limitaciones y alcances del estudio cabe mencionar que el instrumento objeto de este estudio únicamente ha superado dos de las fases requeridas para su validación y posterior utilización en la población mexicana con propósitos de detección. Resta aún, someterla a análisis de validación de constructo y establecer sus atributos de sensibilidad, especificidad, confiabilidad, puntos de corte y valores predictivos. Se planea en un plazo mediano realizar este procedimiento a través de su comparación con un “estándar de oro” y tratamiento estadístico a través de análisis factorial de componentes principales.

Todo lo cual le otorgará el soporte estadístico indispensable previo a su utilización para los propósitos de detección temprana, referencia oportuna de casos e investigación epidemiológica en salud mental, entre otros.

Una de las dificultades operativas encontradas durante el estudio fue la limitación del recurso humano (investigadores) para satisfacer las exigencias metodológicas del estudio. Lo que se tradujo en una inversión considerable de tiempo y esfuerzo para la realización de cada una de las fases.

Se espera que la implementación del instrumento, objeto de este estudio, ejerza un alto impacto en los servicios de atención primaria en salud donde se infiere que existe una alta prevalencia de trastornos de salud mental afectando de manera importante a la población infantil, y que en un alto porcentaje no se detecta en etapas iniciales. Aunado a esta debilidad en la detección oportuna, una buena parte de estos trastornos se encuentran asociados a un amplio espectro de morbilidades, lo que complica su diagnóstico y tratamiento en etapas tardías.

Aquí es importante enfatizar las repercusiones negativas de éstos trastornos en el desarrollo individual, familiar y social de los niños afectados a lo largo de su ciclo de vida. Lo que justifica indiscutiblemente la atención que debe prestarse a la detección de estos trastornos especialmente dentro de la población infantil que se considera aparentemente sana.

Otro dato que soporta aún más la importancia de establecer medidas de prevención en salud mental, la detección entre ellas, es la carga considerable de costos emocionales y económicos que estos trastornos provocan a las familias de los niños afectados. Lo que indudablemente afecta el funcionamiento global de la familia. De esta manera se perpetua un ciclo donde el niño afectado por un trastorno de salud mental encuentra un medio familiar promotor de los síntomas y poco favorecedor para solución de los mismos y por el otro lado a una familia desgastada funcionalmente a consecuencia del trastorno del niño y sus repercusiones sobre el resto de miembros.

Entre los estudios futuros que se proponen a partir de esta línea de investigación en salud mental, se encuentran, además de completar el proceso de validación de esta prueba, el diseño de otros instrumentos adecuados para los restantes grupos de edad (niños preescolares, adolescentes, adultos jóvenes); el análisis descriptivo de tasas de prevalencia e incidencia de los trastornos que afectan a cada grupo a

través de caracterizaciones epidemiológicas realizadas con estos instrumentos; Caracterización dinámica de las familias con niños afectados por algún trastorno de salud mental, entre otros. Todos ellos fundamentados en los objetivos de la práctica de la Medicina Familiar (prevención, integralidad y continuidad) .

Conclusiones

- 1.** El Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años, cuenta con la estructura y contenido adecuados para la valoración de los principales trastornos de salud mental que se presentan en esta edad.
- 2.** El Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años cumple con los criterios de diagnóstico mínimos para definir cada uno de los 19 trastornos que se incluyen en la prueba.
- 3.** Las preguntas que componen el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para niños de 6 a 12 años son lo suficientemente claras para ser comprendidas por los padres o tutores de los niños.
- 4.** La prueba cumple con los requisitos indispensables para ser un instrumento de autorreporte.
- 5.** La escala de respuestas del Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria es lo suficientemente precisa para que los padres puedan reportar a través de ella la frecuencia de presentación de las conductas.
- 6.** El tiempo requerido para la administración de la prueba (30 minutos) facilita su aplicación durante la consulta pediátrica general.

Anexos

Carta de Consentimiento Informado

Debido a la importancia que tienen los trastornos de salud mental y a las consecuencias negativas que estos problemas ocasionan en el desarrollo y desempeño escolar, así como en todos los aspectos de la vida de los niños, se ha considerado importante detectar estos trastornos cuando las manifestaciones recién se presentan, con el objetivo de brindar ayuda y tratamiento oportunamente. Favoreciendo con ello la calidad de vida de los niños y la prevención de otros trastornos más graves durante la adolescencia.

Con este fin se está realizando la investigación titulada “Detección Temprana de Trastornos de Salud Mental en Atención Primaria”, siendo su principal objetivo el diseño de un cuestionario que servirá a los médicos de los centros de salud para detectar posibles problemas de salud mental en niños que acuden a la consulta diaria. En el proceso de construcción de esta prueba se solicita su colaboración que consiste en responder cada una de las preguntas que se le plantean en el cuestionario, acerca del comportamiento que ha tenido su niño en los últimos 6 meses. No existe ningún otro procedimiento al que vaya ser sometido su niño ni usted. No existe ningún riesgo para su salud ni la de su niño. La información que usted brinde es estrictamente confidencial y con fines del estudio, en ningún momento serán identificados sus nombres.

Los resultados que surjan de esta investigación serán de mucha utilidad para la detección de trastornos de salud mental en niños que asisten a consulta a los centros de salud y clínicas familiares. Por lo que su participación en esta investigación es sumamente valiosa.

Al finalizar la investigación se le informará acerca de los resultados obtenidos de la misma con respecto a su niño. Ante cualquier duda que surja, se le responderá inmediatamente.

Conociendo los objetivos, procedimientos e importancia de los resultados de la investigación, se deja constancia de su participación voluntaria en la misma.

**Informante
Parentezco**

Testigo

Cuestionario Final

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA **Niños de 6 a 12 años**

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL NIÑO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

DATOS DEL INFORMANTE

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

PARENTEZCO:

DOMICILIO:

TELEFONO:

FECHA DE REALIZACION DEL ESTUDIO

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de comportamientos con respecto al niño. Marque (Tache, X) si se ha presentado alguno en los últimos 6 meses, según la cantidad de días que lo presenta a la semana.

	COMPORTAMIENTO	NUNCA (0 veces)	ALGUNAS VECES (1-3 días a la semana)	CON FRECUENCIA (4-5 días a la semana)	SIEMPRE (6-7 días a la semana)
1	El niño utiliza alguna droga.				
2	Tiene bajo rendimiento escolar por su mala escritura.				
3	El niño bebe alcohol				
4	Es torpe o lento para realizar actividades manuales (pintar, dibujar, recortar).				
5	Habla solo como si lo hiciera con alguien				
6	Le da miedo estar separado de sus padres en casa.				
7	Se le dificulta escribir números o signos matemáticos (+, -, %, X)				
8	Roba cosas de la casa, otras casas o la escuela				
9	Tiene miedo de dormir separado de sus padres				
10	Come cosas extrañas que no son alimentos(pintura,yeso,tierra,excremento,arena,insectos,etc)				
11	Responde rápidamente sin pensar, antes de que se le termine de preguntar algo.				
12	Realiza movimientos o sonidos en forma repetida e involuntaria (parpadeo, chupeteo, carraspeo, etc) que desaparecen cuando esta entretenido (viendo televisión, jugando, etc) o dormido				
13	El niño fuma				
14	Dice palabras incompletas				
15	Tiene pesadillas acerca de ser separado de sus padres o casa.				
16	Escribe en forma desorganizada y con muchos errores (junta palabras, se come letras, escribe letras al revés, etc)				

	COMPORTAMIENTO	NUNCA (0 veces)	ALGUNAS VECES (1-3 días a la semana)	CON FRECUENCIA (4-5 días a la semana)	SIEMPRE (6-7 días a la semana)
17	Le cuesta trabajo entender algunos signos matemáticos (suma +, resta -, multiplicación x, división ÷, etc)				
18	Dice escuchar voces que no existen				
19	Tiene preferencia por juguetes u objetos de niños del sexo contrario				
20	Tiene poca energía o está cansado sin razón aparente				
21	Se provoca el vómito después de comer mucho.				
22	Se hace popo en su ropa interior				
23	Se niega abiertamente a obedecer ordenes o indicaciones.				
24	Tiene movimientos o sonidos involuntarios que aumentan cuando esta nervioso o frente a otras personas (parpadeo chupeteo movimientos bruscos de cabeza o alguna extremidad).				
25	Trata de realizar las tareas o actividades a la perfección.				
26	Tiene movimientos repetidos e involuntarios: parpadeo, chupeteo, movimientos bruscos de la cabeza o alguna extremidad.				
27	Prefiere hacer el papel de niños o personajes del sexo contrario cuando juega.				
28	Evita estar en lugares que le recuerden alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido(divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
29	Confunde palabras al hablar				
30	Habla de la muerte o de querer morir				
31	Se le dificulta escribir palabras o frases que escriben niños de su misma edad en la escuela				
32	Le han dicho que en la escuela no pone atención en clase o que es distraído.				
33	Utiliza laxantes o diuréticos para bajar de peso.				

	COMPORTAMIENTO	NUNCA (0 veces)	ALGUNAS VECES (1-3 días a la semana)	CON FRECUENCIA (4-5 días a la semana)	SIEMPRE (6-7 días a la semana)
34	Se hace popo en la cama				
35	Molesta intencionalmente a otros niños o personas.				
36	Se preocupa de manera exagerada por la limpieza o el orden de las cosas.				
37	Se ha tardado en aprender a sentarse gatear, caminar, bajar o subir escaleras, abrocharse la camisa, anudarse los zapatos. Comparado con otros niños de su edad				
38	Siente miedo excesivo de hablar en público				
39	Insiste en usar ropa de niños del sexo contrario.				
40	Emite sonidos raros involuntarios: toser, carraspeo, gruñidos, etc.				
41	Repite muchas veces las últimas letras de las palabras (eco).				
42	Ha dejado de jugar.				
43	Destruye o causa daño a propósito a objetos o propiedades de otros				
44	Se esta moviendo todo el tiempo, de un lado a otro.				
45	Siente miedo o angustia cuando habla o recuerda alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
46	Tiene bajo rendimiento escolar porque le cuesta trabajo leer.				
47	Se niega a comer para perder peso rápido, a pesar de estar en su peso ideal.				
48	Se orina en su ropa interior.				
49	Reta a los adultos				
50	Es exageradamente ordenado con sus cosas o juguetes.				
51	Se queja frecuentemente de dolores de cabeza, palpitaciones, dolores de estómago y otra molestia física, sin razón aparente.				
52	Se le dificulta leer textos que leen otros niños de su edad en la escuela.				

	COMPORTAMIENTO	NUNCA (0 veces)	ALGUNAS VECES (1-3 días a la semana)	CON FRECUENCIA (4-5 días a la semana)	SIEMPRE (6-7 días a la semana)
53	Deja tareas o actividades sin terminar (a medias) en la casa o escuela.				
54	Dice ver personas o animales que no existen				
55	No puede permanecer quieto en ningún lugar				
56	Tiene bajo rendimiento escolar por problemas con las matemáticas				
57	Dice mentiras.				
58	Ha manifestado deseos de ser del sexo contrario.				
59	Evita ir a la escuela para quedarse en casa y estar con sus padres.				
60	Maltrata o mata intencionalmente a los animales.				
61	Llora, sin motivo aparente.				
62	Al jugar imita alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio accidente, muerte, cambio de casa).				
63	Manifiesta preocupación o miedo a subir de peso o estar gordo, a pesar de estar en su peso ideal				
64	Se orina en la cama				
65	Se lava las manos demasiadas veces al día				
66	Esta preocupado nervioso o tenso.				
67	Siente miedo o angustia en ciertos lugares o acontecimientos (salir de casa, aglomeraciones, lugares públicos, viajar en coche, tren o avión)				
68	Se le dificulta realizar operaciones matemáticas que realizan otros niños de su misma edad (sumar, restar, multiplicar, etc).				
69	Se le caen constantemente los objetos de las manos.				
70	Se encuentra triste, irritable o llora sin razón aparente				
71	Se siente desanimado o indiferente para realizar actividades que antes le gustaban (ir al cine, al parque, jugar, patinar, etc)				
72	No espera su turno en los juegos o actividades que requieren orden				

	COMPORTAMIENTO	NUNCA (0 veces)	ALGUNAS VECES (1-3 días a la semana)	CON FRECUENCIA (4-5 días a la semana)	SIEMPRE (6-7 días a la semana)
73	Recuerda constantemente alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
74	Dice sentir que lo persiguen o que alguien quiere hacerle daño				
75	Hace demasiado ejercicio al día para perder peso.				
76	Sueña constantemente con alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
77	Ha presentado algún problema de salud a consecuencia de la dieta estricta.				
78	Tiene dificultad para pronunciar algunas letras.				
79	No puede amarrarse los zapatos o abrocharse los botones de la camisa.				
80	Tartamudea.				
81	Tiene movimientos extraños (aleteo de brazos, mecerse, girar sentado etc)				

Referencias

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC (USA): 1994.
2. American Psychological Association. Manual de estilo de publicaciones 5ta ed. Washington DC (USA): editorial El Manual Moderno; 1994.
3. Arcelus J, Vostanis P. Child psychiatric disorders among primary health service attenders. *British Journal of General Practice* 2003 march; 53 : 214- 216
4. Bastiaansen D, Koot H, Ferdinand RF, Verhust FC. Quality of life in children with psychiatric disorders: self-parent and clinician report. *J. Am.Acad. Child Adolesc.Psychiatry* 2004 February; 43 (2): 221 – 230.
5. Berdirhan T. Mainstreaming mental health. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (4): 412.
6. Brececi AM. Childhood Obsessive Compulsive Personality Traits in Adult Women with Eating Disorders. *Am J Psychiatry* 2002; 160: 242-247.
7. Briggs-Gowan MJ, Owens PL, Schwab-Stone ME, John M, Philip J, Horwitz SM. Persistence of Psychiatric disorders in pediatric settings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003 november; 42(11): 1360-1369.
8. Broadhead WE, Leon AC, Wiessman MM, Barret JE, Blacklow RS, Gilbert TT et al. Development and Validation of the SDDS-PC Screen for multiple mental disorders in primary care. *Arch. Fam.Med* 1995 march; 4: 211- 219.
9. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermudez E, Martinez-Velez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Publica de Mexico* 2002 noviembre-diciembre; 44 (6): 492-498.
10. Caraveo-Anduaga JJ, Medina-Mora ME, Tapia ML, Rascon M, Gomez J. Trastornos psiquiátricos en niños de la república mexicana. Resultados de una encuesta de hogares. *Psiquiatria* 1993; 2: 137-151.
11. Caraveo-Anduaga J, Medina-Mora ME, Villatoro J, Lopez-Lugg EK, Martinez-Velez A. Detección de problemas de salud mental en la Infancia. *Salud Publica de México* 1995 septiembre-octubre, 37 (5): 446-451.
12. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares E, Saldivar GJ. Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental* 1999; número especial: 62-67.
13. Caraveo-Anduaga J. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la en la población mexicana. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental* 1996; 19 suplemento abril: 8 – 64.
14. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama epidemiológico. *Salud Mental* 2002 abril; 25(2): 9-15.
15. Caraveo-Anduaga J, Mas-condes C. Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Pública México* 1990 octubre; 32(5): 523-531.
16. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E. Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental* 2000 Octubre; 23(5): 10-19.
17. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio Clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999 abril; 22(2): 7-17.
18. Caraveo-Anduaga J, Martínez N, Rivera B. Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. *Salud Mental* 1998 febrero; 21(1): 48-57.
19. Caraveo-Anduaga J, Martínez NA, Saldívar G, López JL, Saltijeral T. Performance of the GHQ-12 in relation to current and lifetime CIDI psychiatric diagnoses. *Salud Mental* 1998 agosto; 21(4): 1-11.

20. Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. Comparación transnacional de la prevalencia de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(4): 413-426.
21. Dawson –Sanders B. *Bioestadística Médica*. México DF (México): editorial El Manual Moderno; 1997.
22. Feehan M, McGee R, Williams SM, Nada-Rajas S. Models of Adolescent Psychopathology: Childhood risk and the transition to adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 may; 34(5) 670-679.
23. Ferdinand RF, Verhülst FC. Psychopathology from adolescence Into young Adulthood: An 8-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry* 1995 nobember; 152(11): 1586-1594.
24. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 2005 january ; 62(1): 1-12.
25. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey M. The childhoods of multiple problem adolescents: A 15-Year longitudinal study. *J Child Psychol Psychiat* 1994; 35(6): 1123-1140.
26. Fleiss JL. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2nd. ed. Washington DC (USA): McGrawHill editorial; 1988.
27. Giel R, de Arango MV, Climent MD, Harding TW, Ibrahim HA, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics* 1981 november; 68(5): 677-683.
28. Gómez-Espinosa M, Rico-Díaz H, Caraveo-Anduaga J, Guerrero-Cansino G. Validez de un instrumento de tamizaje (RQC). *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1993: 204-208.
29. Gutierrez-Avila JH, Barilar-Romero E. Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. *Bol Of Sanit Panam* 1986; 101(6): 648-657.
30. Halperin, JM, McKay KE. Psychological testing for child and Adolescent Psychiatrists: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998 june; 37(6): 575-584.
31. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, et.al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the mood disorder questionnaire. *Am J Psychiatry* 2000 november; 157(11): 1873- 1875
32. Hofstra MB, derEnde JV, Verhülst FC. Continuity and change of psychopathology from childhood Into adulthood: A 14-Year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 july; 39(7): 850-858.
33. Hulley SB, Cummings SR. *Designing Clinical Research*. 2nd ed. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
34. Janca A, Ustün TB, Sartorius N. New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders. *Acta Psyquiatr Scand* 1994 march; 90: 73-83.
35. Johnson JG, Cohen P, Kaseb S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *Am J Psychiatry* 2002 march; 159(3): 394-400.
36. Kaplan HI, Sadock's BJ. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* 8th ed. Washington DC (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
37. Kerlinger FN. *Investigación del Comportamiento*. Boston (USA): McGraw-Hill; 2000.
38. Kessler RC. Epidemiología Psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2000; recopilación de artículos No.3: 106-115.

39. Kroes M, Kalff AC, Kessels A, Steyaert J, Feron FJM, VanSomeren AJ, et.al. Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch schoolchildren aged 6 to 8 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 december; 40(12): 1401-1409.
40. Lara MA, Medina-Mora Me, Salgado VN, Acevedo M, Díaz-Pérez MJ, Villatoro JA. Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. *Salud Mental* 1996 junio; 19(2): 42-49.
41. Leon AC, Portera L, Olfson M, Weissman MM, Kathol RG, Forber L et.al. False Positive Results: A Challenge for Psychiatric Screening in Primary Care. *Am J Psychiatry* 1997 october; 154(10): 1462-1464.
42. Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry*. 2nd ed. EEUU: Williams & Wilkins; 1996.
43. Mariño M C, González-Forteza C, Andrade P, Medina-Mora ME. Validación de un cuestionario para detectar adolescentes con problemas por el uso de drogas. *Salud Mental* 1998 febrero; 21(1): 27-36.
44. Mattison RE, Spitznagel EL. Long term stability of child behavior checklist profile types in a child psychiatric clinic population. *J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry* 1999 june; 38(6): 700-707.
45. McKelvey RS, Baldassar LV, Sang DL, Roberts L, Vietnamese parental perceptions of child and adolescent mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 october; 38(10): 1302-1309.
46. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiss-Bautista C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003 agosto; 26(4): 1-15.
47. Nunnally JC. *Introducción a la Medición Psicológica*. NewYork (USA): Edit McGraw-Hill; 1970.
48. Nunnally JC. *Teoría Psicométrica*. 3ra ed. New York (USA): McGraw-Hill; 1999.
49. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10, descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid (España): editorial Medito; 1992.
50. Plenary Session: Determinants and consequences of psychiatric illness in childhood and adolescence. 12th Symposium of the AEP section epidemiology and social psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004 june; 110 suppl 421: 9-58.
51. Polit-Hugler. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. 5ta ed. USA: McGraw-Hill; 1997.
52. Riebschleger J. Mental Health Professional's contact with family members of people with psychiatric disabilities. *Families in society the journal of contemporary social services* 2005; 86(1): 9-16
53. Rutter M, Taylor E. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4th ed. (United Kinom): Blackwel Science publisers; 2002.
54. Sarria-Arrufat A, Guardia-Olmos M, Freixa B. *Introducción a la Estadística en Psicología*. Barcelona (España): Editorial Universitat de Barcelona; 1999.
55. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et.al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 20): 22-33.
56. Szklo M, Nieto, J. *Epidemiología Intermedia conceptos y aplicaciones*. Madrid (España): editorial Diaz de Santos; 2000.
57. Thorndike RL, Hagen EP. *Medición y Evaluación en Psicología y Educación*. (USA): editorial Trillas; 2001

58. Unikel-Santoncini C, Bojórquez-Chapeta L, Carreño-García S. Validación de un Cuestionario Breve para medir Conductas Alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México* 2004; 46 (6): 510-523.
59. Vazquez-Barquero JL. *Psiquiatría en Atención Primaria*. Madrid (España): editorial Aula Médica; 1999.
60. WHO Internacional Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-National Comparisons of the Prevalences and Correlates of Mental Disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78 (4): 112-128.
61. World Health Organization. *Mental Health Policy Plans and Programmes*. Washington (USA): 2004.
62. Zurro AM, Cano-Pérez JF. *Atención Primaria, conceptos, organización y práctica clínica*. 5ta. Ed. Madrid (España): editorial Elsevier; 2003.

